Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 4 WARSZAWA, KWIECIEŃ 1929 ROK I.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.50**

Balsam Thiocolan

i

Balsam Thiocolan

c. phitino

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju

W CIERPIENIACH DRÓG ODDECHOWYCH

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń PP. Lekarzy podkreślających dodatnie działanie tych środków

CO JEST NAJLEPSZEM ŚWIADECTWEM ICH WARTOŚCI LECZNICZEJ



UŻYCIE: 3 do 4 razy dziennie po łyżce deserowej, dzieciom stosunkowo mniej.

Dla PP. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.

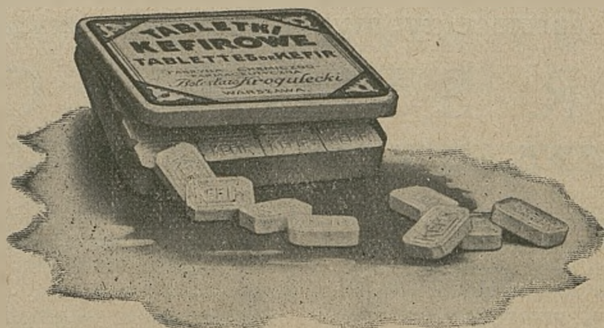
Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc i t. p.

MOKOTOWSKA FABRYKA
CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

Adolf Gąsecki i S-wie

W WARSZAWIE
KANTOR UL. LESZNO Nr. 41

Tabletki Kefirowe
Kroguleckiego



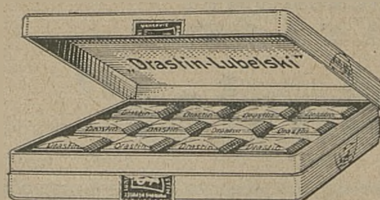
umożliwiają wszystkim i wszędzie przyrządzanie kefiru w prosty sposób.

**NALEŻY HASŁO WPROWADZIĆ W CZYN
i WYROBY KRAJOWE POPIERAĆ!**

WE WSZYSTKICH WYPADKACH ZAPARCIA WYWOŁUJE ŁAGODNE DZIAŁANIE CZYSZCZĄCE BEZ BÓLU I OBJAWÓW UBOCZNYCH

Czekolada przeczyszczająca

Drastin-Lubelski



WYSTRZEGAĆ SIĘ FALSYFIKATÓW KTÓRE SĄ W SPRZEDAŻY!

KAŻDY UŁAMEK ORYGINALNEJ CZEKOLADY PRZECZYSZCZAJĄCEJ POSIADA NAPIS **„Drastin-Lubelski"** I ZNAK FABRYCZNY.

**Przyjemny i niezawodny środek przeczyszczający.
Bardzo chętnie przyjmowany przez dorosłych i dzieci.**

Wytwórca: Aptekarz JÓZEF LUBELSKI w Warszawie, ulica Długa Nr. 16, telefon 109-55.

Nakład 10.000 egzemplarzy

№ 4. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1929 ROK I.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Z oddziału Chorób Wewnętrznych szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze
Ordynator: Dr. Med. K. Zieliński, lekarz naczelny szpitala.

Kiła płuc u dorosłych

podał Henryk Waserman.

Kiła płuc u osób dorosłych jest schorzeniem, któremu do lat ostatnich mało poświęcano uwagi: w porównaniu bowiem z mnogością obrazów klinicznych i częstością występowania gruźlicy płucnej przypadki kiły płuc były i są ilościowo nikłe, a jakościowo niedostatecznie pod względem klinicznym opracowane i usystematyzowane.

„Uczulenie” w kierunku wyszukiwania gruźlicy płucnej, szczególnie dające się zauważyć u fizjologów, przeoczanie i zapominanie o możności usadowiania się kiły w płucach, wreszcie rzadkość występowania kiły, a częstość niezmierna gruźlicy płucnej, siłą rzeczy, często zupełnie niesłusznie, posuwają rozpoznanie przypadków niejasnych po linji najmniejszego oporu, t. j. w kierunku gruźlicy. Obraz kliniczny gruźlicy płuc niejako „pochłania”, „zasłania” kiłę płucną. Dlategoto zjawiały się i zjawiają dotychczas ogłaszane drukiem, jako rzadkość kliniczna, poszczególne przypadki kazuistyczne kiły płuc, dlategoteż brak dotychczas ogólnie przyjętej i odpowiadającej wymogom klinicznym systematyki tego schorzenia.

Celem niniejszej pracy jest:

1) ujednostajnienie i porównawcze zestawienie postaci kiły płuc;

2) podkreślenie niektórych cech znamiennych w przebiegu klinicznym, cech, które mogą być drogowskazami rozpoznawczemi;

3) przytoczenie danych statystycznych:

4) rozpatrzenie współistnienia gruźlicy płuc i kiły (płucnej i pozapłucnej), i wpływ wzajemny obu tych schorzeń na siebie.

Przy rozpatrywaniu umiejscowienia kiły w płucach umyślnie pomijamy opisane przez **Rothschilda** rzekomostwierdzalne roentgenologicznie zmiany w płucach w okresie **II-gim kiły.** Zmiany te, występujące równocześnie z nieżytem oskrzeli na początku II-go okresu kiły, są bowiem zakwestjonowane przez większość roentgenologów i klinicystów.

Przystępujemy natomiast odrazu do systematyki kiły płuc **późnej,** kiły III-go okresu.

Większość systematyk niemieckich **(a** z polskich **Sokołowski)** opierają podział kliniczny kiły płucnej na podstawach anatomo-pato-

logicznych. Kilaki, umiejscowione lub rozlane, rozległe płatowe śródmiąższowe nacieki o typie pneumonia alba noworodków, i wreszcie marskość płuc, jako zejście obu tych procesów, albo też jako proces, od samego początku występujący, — oto w zarysie fundamentum divisionis systematyk niemieckich.

Systematyki te, jako zbyt ogólne, nie zawsze się dają zastosować do potrzeb klinicznych.

Systematyki francuskie przemawiają językiem bardziej klinicznym. Rozpatrywana w nich jest przedewszystkiem ewolucja kliniczna: procesy ostre, czy przewlekłe (**syphiloma pulmonum acutum lub chronicum,** Dieulafoy; **bronchopneumonia syphilitica acuta i chronica,** Harvier), dalej uwzględniane są postacie marskości płuc (Dieulafoy, Harvier; Lelong i Courcoux), postacie, przypominające nowotwór płuc (Harvier, Lelong-Courcoux), postacie rzekomo gruźlicze (Lelong-Courcoux) i t. p.

Systematyki angielskie, podobnie jak niemieckie, uwzględniają bardziej momenty anatomo-patologiczne, niż anatomo-kliniczne.

Zestawienie i porównanie wszystkich tych systematyk jest jednym z zadań niniejszej pracy.

Tak więc **Sokołowski** uwzględnia trzy postacie kiły płucnej: **ogniskową, rozpadową i sklerotyczną.**

Schlesinger dzieli kiłę płuc na: 1) **syphililis pulmonum gummoso-ulcerosa;** 2) **pneumonia interstitialis chron. bronchiectatica;** 3) **infiltratio pulmonum luetica lobaris.**

Groedel, uznając w zasadzie podział **Schlesingera,** dzieli postać I-szą na: **syphilis pulmonum gummosa** i jako następstwo jej — **syphilis pulmonum gummoso — ulcerosa. Druga** postać **Schlesingera** odpowiada **kiłowej marskości** płuc wraz z rozstrzeniami oskrzeli. Postać trzecia odpowiada przewlekłemu śródmiąższowemu płatowemu naciekowi płucnemu; jest ona identyczna z pneumonia alba noworodków. Synonimami jej są **syphilis pulmonum indurativa Orth'a** i **syphilis pulmonum sclerosa Mauriac'a.** Postać ta ma posiadać skłonność do predylekcyjnego umiejscowiania się w płatach dolnych i środkowych, szczególnie po stronie prawej. Kilaki i rozstrzenie oskrzeli, natomiast, umiejscawiać się mogą we wszystkich płatach.

Aufrecht rozróżnia dwie postacie kiły płucnej:

1) **pneumonia syphilitica chronica lobaris** (postać naciekowa)

2) **induratio chr. fibrosa hyperplastica** (marskość kiłowa płuc, często z równoczesnemi kilakami).

Fraenkel wyodrębnia: 1) **pneumonia interstitialis chronica** (kiłowe stwardnienie płuc), 2) postacie **guzowato-kilakowe.**

W. Neumann odróżnia: 1) **gumma solitare,** 2) **gummata miliaria.**

Najnowsza systematyka niemiecka **Groedel-Shwermanna** dzieli postacie kiły płuc:

1) na kilaki (prosówkowe; drobno i wielko-guzkowe);

2) postać kilakowo-wrzodziejącą (gummoso-ulcerosa);

3) najczęstszą postać: przewlekłą śródmiąższowo-naciekową (z rozstrzeniami oskrzeli lub bez nich)—**pneumonia interstitialis chronica** o umiejscowieniu **rozlanem,** a nie płatowem, jak u Schlesingera;

4) postać **marską** ze znacznem przeciągnięciem narządów sąsiednich.

Z systematyk franc. **Dieulafoy** rozróżnia:

1) **syphiloma pulmonum** o przebiegu **ostrym;**

2) **syphiloma pulmonum** o przebiegu **przewlekłym** (z jamami);

3) **syphiloma bronchopneumonicum scleroticum et sclerogummosum** z rozstrzeniami oskrzeli lub bez nich, z zajęciem opłucnej lub też bez niego;

4) **pleuritis syphilitica,** samoistna, lub towarzysząca zmianom w płucach;

5) **pneumopathia syphilitica,** współistniejąca z **gruźlicą** płuc.

Do systematyki **Dieulafoy** podobny jest podział **Harvier'a,** który wyodrębnia:

1) **bronchopneumonia syphilitica acuta;**

2) bronchopneumonia syphilitica **chronica;**

3) marskość płuc z rozstrzeniami oskrzeli (lub bez nich);

4) kiła płuc pod postacią nowotworu płuca;

5) kiła płuc, powikłana gruźlicą płuc.

Lelong i Courcoux odróżniają)

1) postać rzekomo-gruźliczą;

2) postać włóknistą (z przewlekłym nieżytem oskrzeli, z rozstrzeniami oskrzelowemi, z napadami dychawicy oskrzelowej);

3) postać guzowatą, naśladującą nowotwór płuc;

4) kiłę płuc w związku ze zmianami kiłowemi sąsiednich narządów.

5) kiłę płuc, współistniejącą z gruźlicą płuc.

Systematyka angielska **Tylecole'a** odróżnia:

1) **kiłę płuc** (bez bliższego określenia: ogniska włókniste w płucach, współistniejące z owrzodzeniami krtani, tchawicy oskrzeli, z jamami zgorzelinowemi, kilakami i t. d.);

2) przewlekłe śródmiąższowe kiłowe zapalenie płuc (phtisis fibrosa u osobnika kiłowego)—postać marska;

3) kilaki;

4) kiłowe schorzenie tętnic płucnych (i jako jego następstwo: zawały płucne i surowiczo-włóknikowe zapalenia opłucnej);

5) opisaną przez **Rogers'a** i występującą u kobiet między 20 — 40 r. życ. kiłową **arteriosclerosis** naczyń płucnych, cechującą się b. znacznemi obrzękami.

Rozumie się, iż prócz wskazanych postaci istnieć mogą postacie mieszane, tak że przytoczony powyżej podział jest zaledwie schematem, ułatwiającym kliniczną orjentację, i niekażdy poszczególny przypadek daje się w ramach tego schematu umieścić.

Niemniej trudności, niż systematyka kiły płuc, nasuwa symptomatologja kliniczna.

Naogół jako cechy znamienne kiły płuc w odróżnieniu od gruźlicy wysuwane są: kiła w wywiadach, brak prątków Kocha w plwocinie (przy wielokrotnem badaniu), wybiorcze lub w każdym razie częstsze umiejscowianie się w płucu prawem, w środkowej części tego płuca (w okolicy międzyłopatkowej) i szerzenie się objawów ku dołowi **(Grandidier, Ziembicki, Gluziński),** jednostronność zmian, brak objawów intoksykacji (chudnięcie, gorączka, poty), obecność zmian kiłowych w innych narządach, wynik leczenia swoistego.

Dla łatwiejszej orjentacji w poniższej tablicy synoptycznej zestawimy ważniejsze podziały kiły płucnej.

ZESTAWIENIE PORÓWNAWCZE
podziału klinicznego kiły płucnej

Sokołowski	Schlesinger	Aufrecht	Groedel-Schwermann	Dieulafoy	Harvier	Lelong-Courcoax
Ogniskowa	Gummoso-ulcerosa.		Gummata: a) prosówkowe b) drobnoguzkowe c) wielkoguzkowe		Sy. pulm. sub forma neoplasmatis.	Guzowata postać kiły płucnej.
Rozpadowa			Gummoso-ulcerosa			
				Syphiloma pulm. acut.	Broncho-pneum. sy. acuta.	
			Pneumonia interstitialis chr.	Syphiloma pulmonum chr.	Broncho-pneumonia sy. chr.	Rzekomo — gruźlicza postać kiły płucnej.
	Infiltratio pulmonum luetica lobaris.	Pneumonia sy. chr. lobaris.				
Sklerotyczna	Pneumonia interstitialis chr. bronchiectatica.	Induratio chr. hyperplastica fibrosa.	Circhosis pulmonum luetica.	Syphiloma bronchopneumonicum scleroticum et sclerogummosum.	Kiłowa marskość płuc.	Włóknista postać kiły płuc.
				Pneumopathia sy.+tbc pulm.	Kiła płuc + gruźlica płuc.	Kiła płuc+gruźlica płuc.
				Pleuritis sy.		
						Kiła płuc w związku ze zmianami kiłowemi narządów sąsiednich

Jednak, kiła w wywiadach może być (szczególnie u kobiet) przeoczona albo utajona, a odczyn Wa w surowicy krwi może przy kile płuc wypadać ujemnie. Dodatnio natomiast moze wypadać odczyn ten w przypadkach kiły płucnej **w płynie mózgowo-rdzeniowym** (F. E. Tylecole), jako wyraz współistniejącej kiły późnej ośrodkowego układu nerwowego.

Druga cecha wysuwana: brak prątków Kocha w plwocinie również nie może się ostać wobec zdarzających się mieszanych postaci gruźlicy (Koch +) i kiły płuc.

Wybiórcze umiejscawianie się zmian kiłowych w płucu prawem, w środkowo-dolnej jego części, nie jest obecnie uznawane za cechę tak znamienną dla kiły, jak przedtem.

Znane są przypadki umiejscowiania się kiły w płatach górnych i szczytach (2 przypadki **Leceplain'a**). Opisywane są przypadki: kiłowej marskości szczytów, (postać, przypominająca ze względu na umiejscowienie włóknistą gruźlicę płucną) — **(Lancereaux, Dalsace).**

W podobny sposób upada również twierdzenie o jednostronności zmian kiłowych. Jednak często na roentgenogramach daje się zauważyć **przewaga** objawów po stronie **prawej,** szczególnie w okolicy prawej wnęki (Assmann).

„Brak objawów intoksykacji" przy kile płuc. I to twierdzenie **nie** jest ścisłe w całej rozciągłości. Ostro przebiegająca kiła płuc, lub też daleko posunięte okresy kiły płuc przewlekłej prowadzą do takiego samego wyniszczenia, jak gruźlica płucna. Podobnie, jak przy gruźlicy, występować mogą wyczerpujące poty. Podkreślany przez wielu autorów brak wzniesień ciepłoty przy kile płucnej, zdarza się nie we wszystkich przypadkach.

Kiła płucna (podobnie zresztą jak i kiła wątroby—**Gluziński**) dawać może całą gamę wzniesień ciepłoty, od stanów podgorączkowych począwszy aż do typowej ciepłoty zwalniającej (remitującej). Każdy rozpadający się kilak może być powodem **znacznych podskoków** ciepłoty **(Schlesinger),** lecz i postacie kiły naciekowo-śródmiąższowe również przebiegają z ciepłotą podwyższoną.

Tętno ulega łatwemu przyspieszeniu, podobnie, jak przy toksaemji gruźliczej. W odróżnieniu jednak od gruźlicy tętno jest bardziej napięte; ciśnienie krwi **podwyższone;** niema typowej dla gruźlicy hypotonji. Nawet w przypadkach **mieszanych** współistnienia gruźlicy i kiły płuc notowane jest względnie wysokie ciśnienie tętnicze, które zdaniem **Kana** odrazu winno zwrócić uwagę na możliwość kiłowo-gruźliczego schorzenia płuc.

Zachowanie się **ciśnienia krwi** jest jedną z cech znamiennych kiły płucnej.

„Współistnienie objawów kiły późnej w innych narządach" jest rzeczą najbardziej charakterystyczną, w największym stopniu ułatwiającą rozpoznanie.

Zmiany kiłowe **pozapłucne** są czynnikiem, potwierdzającym rozpoznanie kiły płucnej, gdy przy gruźlicy płuc zmiany płucne przemawiają same za siebie.

Do wspomnianych zmian pozapłucnych należą: objawy kiły lub schorzeń pokiłowych ze strony układu nerwowego, (nierówność i nie-

oddziaływanie źrenic, zniesienie odruchów kolanowych i t. p.); kilaki skóry, błon śluzowych, podniebienia, uogólnione powiększenie gruczołów chłonnych; owrzodzenia kiłowe krtani (Schnitzler); zmiany kiłowe kości i okostnej; hepatitis diffusa luetica (wątroba powiększona, twarda, gładka, o ostrym brzegu, często z równoczesnem powiększeniem śledziony; bóle w okolicy wątroby i śledziony, **Gluziński**); kiłowe rozszerzenie tętnicy głównej (stłumienie na rękojeści mostka, orzszerzenie stłumienia pęczka naczyniowego, szmer skurczowy nad tętnicą główną, drugi ton nad nią mocny; zdjęcie Roentgenowskie); kiłowa niedomykalność zastawek tętnicy głównej i t. p. Podobny charakter **pomocniczego** czynnika rozpoznawczego ma dodatni wynik odczynu Wa w surowicy krwi oraz odczynów skłaczania, zastępujących odczyn Wa.

Wreszcie ostatni czynnik, wysuwany jako charakterystyczny dla kiły płuc: wynik dodatni leczenia swoistego. Czynnikowi temu przypisują podstawowe znaczenie **Bernard, Sayer, Kirkwood,** którzy wogóle stawiają rozpoznanie kiły płuc ex iuvantibus. Słusznie jednak podkreśla zbytnią pochopność podobnego wniosku **Groedel,** gdyż zdaniem wielu autorów stwierdzane były dodatnie wyniki leczenia salwarsanem gruźlicy płuc (ogólne działanie **eutroficzne** arsenu: zdolność wzmagania czynności regeneracyjno-twórczych ustroju, **J. Gaté**). **F. E. Tylecole** uważa za jeden z czynników rozpoznawczych ustępowanie, wzgl. polepszanie się pod wpływem leczenia JK uporczywej duszności, jednego z charakterystycznych objawów symptomatologicznych kiły płucnej.

Jakież jeszcze charakterystyczne objawy kliniczne daje kiła płucna w odróżnieniu od gruźlicy płucnej?

Jeżeli pominąć przypadki kiły ostro-przebiegającej (syphiloma pulmonum acutum **Dieulafoy'a;** bronchopneumonia sy. acuta **Harvier'a),** to dla kiły płuc o przebiegu **przewlekłym** za cechę znamienną uważany jest **niestosunek między stanem ogólnym, a objawami fizykalnemi lub roentgenologicznemi w płucach:** wielka ilość objawów wysłuchowych przy ogólnym stosunkowo niecięźkim stanie, nieznacznem wyniszczeniu i nieznacznem wzniesieniu ciepłoty **(Nagibin),** lub wybitna duszność przy nieznacznych objawach nieżytu oskrzeli **(Korczyński),** lub też brak wyraźnych objawów klinicznych, a dodatni wynik badania Roentgenowskiego **(F. E. Tylecole),** lub wreszcie postępowanie zmian w płucach, a niepogarszanie się stanu ogólnego **(tenże).**

Jako następny objaw, podawana jest **duszność.** Duszność ta ma charakter przeważnie napadowy, występuje wieczorami lub w nocy **(Harvier);** napady przypominają dychawicę oskrzelową. Dlategoteż wydaje się słuszne zwrócenie uwagi przez **Gluzińskiego,** czy w przypadkach dychawicy oskrzelowej, w której odnosi skutek JK, nie odgrywa roli zakażenie kiłowe; tembardziej, że **Acuna, Mamerto** i **J. P. Garraham** stwierdzili w 31 przypadkach dychawicy oskrzelowej u dzieci 21 razy dodatni odczyn Wa.

Dalszym objawem jest kaszel, wzgl. **pokasływanie,** b. uporczywe, początkowo bez wydzielania plwociny, następnie zaś z plwociną śluzowo-ropną. Kaszel często nabiera charakteru kurczowego, co według **Deista** wskazywać ma na tworzenie się kilaków w oko-

licy rozgałęzienia tchawicy (najczęstsze miejsce usadowiania się kilaków, **Schlesinger**).

Również jako objawy charakterystyczne notowane są uporczywe **bóle** międzyżebrowe oraz bóle w okolicy mostka i między łopatkami.

Krwioplucia mogą się zdarzać i mieć charakter nawrotowy, ale nigdy nie groźny. **Boudet** stwierdził plwocinę o charakterze galaretki malinowej, jak przy nowotworach płuc. Zdarzają się również **wysięki opłucnowe,** niezbyt obfite **(Balzer),** nawracające, ale nie prowadzące do wyniszczenia. Wysięki te wywołane są przez kilaki, umiejscawiające się podopłucnowo, czyli są one następstwem **pierwotnych zmian kiłowych w płucach.** Wysięki opłucnowe, występujące przy kile trzeciorzędnej, **samoistnie** (bez pierwotnych zmian kiłowych w płucach), niekoniecznie być muszą pochodzenia kiłowego. **Sergent** uznaje je za wysięki **gruźlicze** in individuo luetico.

We krwi występuje **niedokrewność** o typie niedokrewności wtórnych. W obrazie ciałek białych zaznacza się leukocytoza z przesunięciem obrazu Arneth'a na lewo, z **monocytozą i eozynofilją (Godlewskij).** Często ulega zwiększeniu odsetek limfocytów.

Opadanie krwinek jest stale przyspieszone.

Obraz krwi naogół odpowiada zmianom stwierdzalnym u dzieci z kiłą wrodzoną **(M. Erlichówna).**

Stwierdzenie znacznego przyspieszenia opadania krwinek u osobnika **gruźliczego,** przyspieszenia, nieodpowiadającego niewielkim zmianom w płucach, wskazuje na współistnienie kiły i gruźlicy (kiła płuc + gruźlica płuc; gruźlica płuc u osobnika kiłowego — Kan). W tych przypadkach po przeprowadzeniu leczenia **swoistego** zmniejsza się szybkość opadania krwinek, i odczyn Biernackiego nanowo zyskuje swe rozpoznawczo-prognostyczne znaczenie (G. Koehn v. Jaski).

Badanie fizykalne nie daje obrazów charakterystycznych. **Kilaki** nie dają się stwierdzić klinicznie, jedynie Roentgen wykrywa je w postaci wielkich okrągłych talerzowatych cieni (Rieder). **„Kilaki prosówkowe"** (Groedel—Schwermann) dają obrazy rozsianych guzków, przypominających pylice płucne i tbc. disseminata, od której różnią się bardziej umiejscowionem położeniem w poszczególnych odcinkach pól płucnych.

Postać **kilakowo-wrzodziejąca** (gummoso-ulcerosa) również może nie dawać objawów fizykalnych. Do rozpoznania jej dopomagają dołączające się wysiękowe zapalenia opłucnej; a nadto z objawów ogólnych: krwioplucie, lub też wydzielanie plowociny śluzowo-ropnej, niekiedy cuchnącej.

Najczęstsza postać kiły płucnej **naciekowo-śródmiąższowa** (pneumonia interstitialis chron. **Groedel-Schwermann;** bronchopneumonia sy. chr. **Harvier;** syphiloma pulmonum chron. **Dieulafoy;** rzekomo-gruźlicza postać kiły płuc **Lelong-Courcoux**) daje objawy podobne do gruźlicy płucnej: przytłumienie, oddech szorstki, lub oskrzelowy, rzężenia suche i wilgotne, często dźwięczne (jamy, rozstrzenie oskrzelowe); wzmożenie drżenia głosowego i t. p. **Ritter** uważa za cechę charakterystyczną kiły płucnej przewagę objawów fizykalnych

ze strony **wielkich oskrzeli, niewystępowanie** natomiast **rzężeń wilgotnych** średnio i drobnobańkowych.

Obraz roentgenologiczny pneumonia interstitialis chr. przedstawia się jako silnie rozszerzone i zagęszczone cienie wnęk, (szczególnie po stronie prawej), od których odchodzą ku dołowi grube smugi („derbe Streifen"): **Lindvall-Tielgren; Assmann** i inn. Do obrazu tego dołączyć się mogą rozstrzenie oskrzeli (Deutsch). Podkreślany jest brak „miękkich ogniskowych cieni", wystepujących przy gruźlicy (Deist) oraz brak zwapnienia **(F, E. Tylecole).** Przy leczeniu swoistem cały opisany obraz roentgenologiczny może uledz cofaniu się (Assman).

Marskość kiłowa płuc daje objawy fizykalne **włóknistych suchot płucnych** (stłumienie, oddech szorstki, wzgl. oskrzelowy; objawy przewlekłego nieżytu oskrzeli, rzężenia wilgotne różno-bańkowe; objawy wyrównawczej rozedmy; powiększenie stłumienia sercowego), oraz objawy rozstrzeni oskrzelowych (objawy jam). Obraz roentgenowski daje jednolite zlewające się powierzchowne cienie zmian włóknistych w płucach, przemieszczenie narządów śródpiersia, zrosty opłucnowe i gwiazdowate blizny w opłucnej; objawy bliznowatych zwężeń oskrzeli i tchawicy; rozstrzenie oskrzelowe i t. p. Łączność marskiej postaci kiły płuc z rozstrzeniami oskrzeli jest dla niektórych badaczy **(Bourdier, Tripier)** tak znamienna, iż uważają oni większość rozstrzeni oskrzelowych u dorosłych,, jako występującą na tle **kiłowem.**

Jak często zdarza się kiła płuc? Jak często bywa współistnienie gruźlicy płuc i kiły płuc?

Na oba powyższe pytania statystyka odpowiada w sposób rozmaity.

Deist przytacza statystykę, według której kiła płuc stwierdzana była w 0,3 — 0,5% sekcyj zwłok syfilityków.

Munro stwierdził na 2300 sekcyjnych przypadków kiły — 14 przypadków kiły płuc;

Downing na 3000 przypadków — ani jed. kiły płuc.
Bramkamp na 2500 przyp. — 12 kiły płuc.
Massia na 200 przyp. — 2 kiły płuc.
Peterson na 88 przyp. — aż 11 przyp. kiły płuc.

Klinicznie (przyt. podł. **Dłuskiego**): **Riemsvijk** w ciągu 50 lat praktyki, stwierdził 47 pewnych przypadków kiły płuc; **E. Weiss** w ciągu 9 lat (1911 — 1920) — 3 przypadki; **Dłuski** nie widział ani jednego przypadku.

Co do płci, to według statystyk angielskich kiła płuc zdarza się u mężczyzn 3 razy częściej, niż u kobiet.

Najczęstsze występowanie kiły płuc w 5-tym dziesiątku lat; średnio w 12 — 20 lat po zakażeniu.

Ostatnio (1926) **Letulle** i **Dalsace** opisują utajone postacie kiły płucnej, występujące u ludzi starszych (z rozedmą, bronchitis, myocarditis, nephritis i t. p.), stwierdzalne jedynie **sekcyjnie** w postaci drobnych ognisk sklerotycznych wśród normalnego miąższu płucnego, lub też w postaci „kilaków prosówkowych".

Praktycznie opisana wyżej postać utajona kiły płucnej zda się **nie** posiadać znaczenia.

Dotychczas znane przypadki kiły płucnej u dorosłych należą do przypadków kiły **nabytej.**

Wrodzona późna kiła płuc (**lues pulmonum congenita tarda**) opisywana była w bardzo rzadkich przypadkach jedynie u dzieci (5 przypadków na 212 dzieci z kiłą wrodzoną — **Fournier**).

Jak często zdarza się współistnienie kiły płuc i gruźlicy płuc (**postacie mieszane, hybrydy**)?

Niema dotychczas jeszcze statystyki (anatomo-patologicznej i klinicznej), któraby na pytanie powyższe mogła dać odpowiedź.

Istnieją natomiast statystyki, które omawiają jak często zdarza się gruźlica płuc u osobników z kiłą. Dane statystyczne różnią się między sobą znacznie, tak np. **Sokołowski** podaje 3% kiły u chorych gruźliczych; **Schröder**—1,6%; **Piéry** i **Miguet**—1,2%; **Ritter**—1,9%; **G. Koehn v. Jaski** — 1,3% (bez badania serologicznego), 5,2% (przy badaniu serologicznem odczynu Meinicke'go); **Weiss** — 5,3%; **Bergeron** i **Lepine** aż 17,5%.

Sprawa współistnienia gruźlicy płuc i kiły jest praktycznie niezmiernie ważna ze względu na rokowanie i ze względu na ustosunkowanie się terapeutyczne lekarza.

Możliwe są, rozumie się, następujące kombinacje współistnienia obu tych schorzeń: 1) kiła wczesna, dołączająca się do istniejącej (krócej lub dłużej) gruźlicy płuc, 2) gruźlica występująca u osobnika z istniejącą już (wczesną lub późną) kiłą; 3) równoczesna kiła płuc + gruźlica płuc.

J. Ritter neguje z teoretycznego punktu widzenia, możliwość **drugą,** wychodząc z założenia, iż nie można mówić o **zakażeniu** gruźlicą osobnika dorosłego, bowiem zakażenie gruźlicą następuje jedynie w wieku dziecięcym, u dorosłych zaś możliwe są tylko **reinfekcje.** Z praktycznego punktu widzenia jednak nie można negować występowania **świeżych zakażeń** gruźliczych (czy też świeżych wewnątrz-ustrojowych reinfekcyj gruźliczych — **Behring — Römer**).

Również z praktycznego punktu widzenia należy podkreślić jedną postać **kiły** (ogólnej), wyodrębnioną przez **Ornsteina.** Jest to t. zw. **kiła z objawami płucnemi,** t. j. kiła, która swemi objawami (gorączką, potami nocnemi, spadkiem wagi, kaszlem i t. d.) zupełnie przypomina początkową gruźlicę płucną (przy równoczesnem braku wszelkich klinicznych i roentgenologicznych objawów ze strony płuc).

W jaki sposób wpływa współistnienie gruźlicy płuc i kiły w tym samym ustroju? Czy zawsze współistniejąca kiła przekształca zmiany gruźlicze w postać przewlekłą, włóknistą i bliznowatą (Landouzy — Jacquinet, Sergent, Letulle, Pinard, Rindfleisch, Chiari i inn.)? I czy wobec tego zbędne jest leczenie współistniejącej z gruźlicą kiły?

Pytaniami temi zajął sie **J. W. Samson,** według którego **wczesna świeżo nabyta kiła uczynnia i obostrza istniejącą już gruźlicę;** również niepomyślne rokowania daje **wczesna gruźlica,** dołączająca się do **niedawno nabytej kiły;** im natomiast kiła późniejsza, tem mniejszy jest jej wpływ szkodliwy na gruźlicę świeżo nabytą, lub dawno istniejącą. Wbrew Rindfleischowi, Chraii'emu i inn. **Samson nigdy nie stwierdził dodatniego wpływu kiły na gruźlicę płuc.**

Czy wobec tego leczyć należy kiłę przy współistnieniu jej z gruźlicą płuc? Na to pytanie odpowiada **Ritter,** że jeżeli być może mowa o działaniu „sklerotycznem" jadu kiłowego na tkankę gruźliczą, to jedynie w przypadkach **kiły planowo i celowo leczonej.**

W jaki sposób rozpoznać można klinicznie, współistnienie gruźlicy płuc i kiły (ogólnej)? Jak już mowa była, wskazówki na to dają: dodatni odczyn Wa; względnie wysokie ciśnienie krwi; zmiany kiłowe w innych narządach; niestosunek odczynu Biernackiego do nieznacznych zmian płucnych.

Stwierdzenie równoczesnej kiły u osobnika z gruźlicą polepsza rokowanie: przeprowadzenie bowiem leczenia swoistego i unieczynnienie kiły usuwa komponent kiłowy, obostrzający gruźlicę i w wielu przypadkach doprowadza gruźlicę do stanu stacjonarnego.

Jakie wnioski praktyczne wyciągnąć można z niniejszego artykułu?

1) W każdym niejasnym klinicznie przypadku gruźlicy płuc (inkogruencja objawów miejscowych i stanu ogólnego, brak poprawy mimo dłużej trwającego leczenia klimatyczno-djetetycznego; niepewne wyniki zdjęć Roentgenowskich, nieobecność prątków Kocha w plwocinie, i t. p.) przeprowadzić należy odczyn Wa w surowicy krwi (celem stwierdzenia kiły płuc, wzgl. kiły z objawami płucnemi).

2) Przy stwierdzeniu dodatniego odczynu Wa, wzgl. przy późnych zmianach kiłowych w innych narządach wewnętrznych (nawet przy Wa —) przeprowadzić należy kilkukrotną kurację swoistą (salwarsan, rtęć, bizmut, a w międzyczasie — **jod,** o ile niema skłonności do krwiopluć **J. Gaté**).

3) Przy stwierdzeniu współistnienia gruźlicy płuc i kiły również przeprowadzić należy leczenie swoiste (ostrożne dawkowanie arsenobenzolu **J. Gaté**).

4) Co najważniejsze, zawsze pamiętać należy o możliwości kiły płuc, wzgl. kiły z objawami płucnemi, bowiem i w stosunku do kiły płuc da się (acz z mniejszą ścisłością) zastosować aforyzm: „Kiłę nie trudno jest rozpoznać, trudno jest o kile pamiętać".

Piśmiennictwo:

1. **H. Assmann.** Klin. Roentgendiagnostik der. inner. Krankh. 1929. Str. 342 — 345.
2. **K. Dąbrowski i J. Balukiewicz.** Przypadek rzekomo-gruźliczej postaci kiły płuc. Gruźlica. R. III. Nr. 3. 1928.
3. **Deist.** Die Lungensyphilis. Klin. Woch. 7/29.
4. **K. Dłuski.** O jamach jawnych w płucach gruźliczych W. Czas. Lek. 2/1929.
5. **J. Gaté.** Le Journ. Méd. de Lyon. Nr. 210 z 5/X 1928.
6. **A. Gluziński.** W sprawie rozpoznawania kiły (syphilis) płuc. P. Arch. Med. Wewn. 1923. Z. I.
7. **N. Godlewskij.** Woprosy Tuberkuleza. Nr. 7 — 8/1929.
8. **F. M. Groedel.** Lungensyphilis w Spez. Path. und Ther. inner. Krankh. III. Band. 1924.
9. **P. Harvier.** Syphilis pulmonaire w Nouv. Traité de Médec. (Roger-Widal). Tom. XI. 1923.
10. **V. Hutinel.** Les maladies des enfants T. IV. Str. 360. 1909.

11. **G. Koehn v. Jaski.** Ztsch. f. Tbc. T. 1/43. 1927.
12. **L. Korczyński.** O kiłowych schorzeniach narządów wewnętrznych. P. G. L. 15 — 16/27. (Kiła płuc).
13. **M. Letulle i J. Dalsace.** Les formes latentes de la syphilis pulm. Pr. Méd. 25/1926.
14. **W. Mikułowski.** Przyczynki do kliniki kiły wrodzonej P. G. L. 36 — 37. 1927.
15. **G. Nagibin.** Wopr. Tuberkul. Nr. 6/1928.
16. **J. Ritter.** Die Behandlung der Lues bei Tuberkulösen. Ther. der Gegenw. 6 — 7. 1927.
17. **J. W. Samson.** Zeitschr. f. Tuberc. Streszcz. w Pres. Médic. Nr. 16/1924. Analyses. 34.
18. **F. E. Tylecole.** The Lancet Nr. 5430. Streszcz. P. G. L. 50/1927. Str. 1015.

Stosowanie Insuliny jako środka tuczącego w gruźlicy płucnej.

Podał Dr. Med. Edward Wajs

Wyodrębnienie insuliny, jako czynnego hormonu trzustki (Banting i Best, 1920), dało medycynie współczesnej bardzo silny środek leczniczy przeciw cukrzycy, lecz jednocześnie sprowadziło pewną dezorjentację. Ostatniemi czasy zaczęto bowiem uważać insulinę jako pewne lecznicze panaceum, jako jakiś fizjologiczny „spiritus movens" wewnątrzustrojowej przemiany materji.

Jeżeli w początkowym okresie stosowania klinicznego insuliny (1922-1924) trudne było ustalić ścisłe wskazania nawet w cukrzycy, to obecnie dzięki piśmiennictwu, które rozrosło się w ciągu lat 1925-27 do bardzo pokaźnych rozmiarów, trudno jest, doprawdy, ustalić, w jakich przypadkach poza cukrzycą insulina jest rzeczywiście środkiem skutecznym, a w jakich jest stosowana raczej „experimenti causa" i po wielu mniejszych lub większych niepowodzeniach zejdzie z widowni, jak tyle innych nowych środków, które po wynalezieniu lub wyodrębnieniu ich rokowały w dziedzinie lecznictwa wielostronne nadzieje, a których zakres stosowania z biegiem czasu coraz znaczniejszemu ulegał ograniczeniu.

W ciągu ostatniego trzechlecia pod wpływem obserwacji, badań doświadczalnych i przesłanek teoretycznych zakres stosowania insuliny, w lecznictwie uległ znakomitemu rozszerzeniu. Cały szereg autorów zarówno praktyków, jak i teoretyków, poświęcił dużo pracy nowemu odkryciu B a n t i n g a i B e s t a.

Z autorów tych gwoli retrospektywnego przeglądu historji rozwoju badań nad insuliną, przytoczymy tych jedynie, których wyniki badań były niejako cegiełkami twórczemi, z których powstał gmach lecznictwa insulinowego. Gmach podkreślamy raz jeszcze, w wielu przypadkach trzymający się na niepewnych podstawach.

Pierwsi Falta i Bauer (1) w 1925 r. zaczęli stosować insulinę u dorosłych, jako środek tuczący.

Następnie, Frank (2) odnosi się bardzo przychylnie do insuliny, jako środka tuczącego i radzi stosować ją nawet u lekko gorączkujących grużlików:

Stosowanie insuliny, jako środka tuczącego w grużlicy opiera na 2 przesłankach, które kolejno omówimy.

1) na wpływie insuliny na całokształt wewnątrzustrojowej przemiany materji, 2) na wpływie jej na czynność narządów wydzielania wewnętrznego i na gospodarkę hormonalną ustroju.

I. Wpływ insuliny na przemianę materji jest pośredni i bezpośredni.

Działanie bezpośrednie insuliny polega na umożliwieniu przemiany węglowodanowej, następstwem zaś tego są wpływy pośrednie na kwasicę, gospodarkę wodną ustroju, na metabolizm tłuszczów i jego ustosunkowanie do metabolizmu węglowodanowego i t. d. Zewnętrznym, łatwo stwierdzalnym, wyrazem bezpośredniego działania insuliny jest hipoglikemja. Sprawą hipoglikemji oraz wpływem insuliny na gospodarkę wodną usroju zajmiemy się szczegółowo, jako wytycznemi, na których opierać się ma działanie tuczące insuliny.

Stwierdzono, że stan hipoglykemiczny, spowodowany przez wstrzyknięcie insuliny, wywołuje uczucie głodu. Wykorzystanie tego uczucia wzmożonego łaknienia i podanie w odpowiedniej chwili zwiększonej ilości pokarmu, szczególnie węglowodanów — oto jedna z podstaw leczenia insulinowego stanów braku łaknienia u grużlików. Podstawa to niezmiernie ważna i przez klinicystów uznawana, gdyż umożliwia podawanie pokarmów w ilościach, kalorycznie dostatecznych, a nawet przewyższających zapotrzebowanie ustroju, tembardziej, że według Ahlenstiela i Piela (3) uczucie głodu trwa znacznie dłużej, niż stan hipoglikemiczny we krwi.

Mimo to, stan wzmożonego łaknienia po insulinie stwierdzamy nie we wszystkich wypadkach.

Wzmagania się łaknienia nie możemy stawiać w zależności od niedocukrzenia krwi (hypoglikaemja), gdyż jak dowodzą badania dopiero co wspomnianych Ahlenstiela i Piela, uczucie głodu trwa znacznie dłużej, niż niedocukrzenie. W każdym przypadku stosowania insuliny otrzymujemy pewien odczyn idywidualny i jeden osobnik odpowiada wzmożonem łaknieniem na takie dawki insuliny, które u innego całkowicie nie wpływają na łaknienie. Od czego ten odczyn indywidualny zależy, nie wiemy. W każdym razie zbyt mało mamy danych, by insulinę uznać za hormon, który w ustroju normalnym okresowo wywołuje uczucie głodu.

Dalszym, niezmiernie ważnym czynnikiem stosowania insuliny jest wpływ na gospodarkę wodną ustroju. Oddawna już zauważono podczas leczenia insuliną osobników cukrzyczych zagęszczanie krwi, zmniejszone wydalenie moczu, oraz skłonność do występowania obrzęków. Słowem pod wpływem insuliny woda ulega zatrzymaniu w ustroju. Podobnie zachowuje się gospodarka wodna i u osób niecukrzyczych pod wpływem insuliny.

Nie wiemy, na czem polega to zatrzymanie wody, czy na tworzeniu się pod wpływem insuliny glikogenu w komórkach i wiązaniu

przezeń wody, czy też mechanizm zatrzymania wody polega na pęcznieniu koloidów tkankowych pod wpływem lekkiej alkalizacji, jaką według niektórych autorów, powoduje insulina w płynach ustrojowych i tkankach.

W każdym bądź razie, raptowne przyrosty wagi, obserwowane w niektórych przypadkach insulinoterapji zaraz na początku leczenia polegają, naszem zdaniem, jedynie na nadmiernem uwodnieniu ustroju.

Wiązanie wody przez tkanki ma nosić podobno charakter wiązania trwałego (Kon) (4), gdyż teocyna nie wywołuje wydalania tej wody tkankowej.

Należałoby jednakże przeprowadzić te same badania z zastosowaniem Novasurolu, by stwierdzić, czy nie mamy do czynienia jedynie ze zwiększeniem się ilości wody zalegającej (Residualwasser, Politzer).

Jeżeli raptowny wzrost poinsulinowy wagi tłumaczyć możemy tylko gromadzeniem się wody w ustroju, to do takiego wzmagania się wagi nie powinniśmy wcale dążyć. Znamy bowiem, coprawda mniej z kliniki wewnętrznej, a więcej z dziecięcej, stany nadmiernego uwodnienia ustroju. Stany te, wywoływane przez przekarmianie mączkami, cechują się wysoką wagą („Wasserberg" z autorów niemieckich), obok równoczesnej niezmiernie małej odporności na zakażenia. Najbłachsze, nawet przypadkowe schorzenie wywołuje raptowny spadek wagi. Nadmierne uwodnienie ustroju jest więc raczej cechą ujemną niż dodatnią tembardziej uwodnienie, które powstało w szybkim tempie.

Będziemy przeto dążyć do stopniowego powolnego wzrostu wagi, mając na celu, by woda, zatrzymana w ustroju, uległa jak najsilniejszemu i najtrwalszemu spojeniu z koloidami tkankowemi. W ocenie krytycznej przybytku wagi w lecznictwie insulinowem bynajmniej nie jesteśmy odosobnieni: Geyelin, Allen. Corvin, Murray, Harrop (cyt. w/g Stauba. Insulin) (5), również ostrożnie odnoszą się do poinsulinowego przybytku wagi, tłumacząc go zatrzymywaniem wody w ustroju. Jedynie powolne zwiększenie wagi wobec normalnej czynności wydzielniczej nerek i wobec dobrego samopoczucia chorego mogą świadczyć o rzeczywistym przybytku wagi.

Niezmiernie ważną sprawą jest wpływ insuliny na tłuszczową przemianę materji. Sprawa ta nie jest jeszcze całkowicie wyświetlona i znajduje się, że tak powiemy, „in statu nascendi". Wiadomo oddawna, że w ustroju normalmym tłuszcze powstają z węglowodanów. Nowsze teorje starają się wyświetlić wzajemne ustosunkowanie tłuszczów do węglowodanów, stawiając tezę, że im większe odkładanie się glikogenu w wątrobie i tkankach (glikopexia), tem większe gromadzenie się tłuszczu w ustroju (lipopexia). W ten sposób zrozumiałym się staje wpływ insuliny na zgromadzenie się tłuszczów poprzez pierwotne działanie jej na odkładanie się i fiksację glikogenu.

Falta w r. 1913 stworzył teorję, że trafiają się stany otyłości pochodzenia trzustkowego. Obecnie stany te możemy sobie tłumaczyć w ten sposób, że przez nadprodukcję insuliny w ustroju powstają warunki do tworzenia się i odkładania glikogenu w wątrobie, a przeto w myśl dopiero co przytoczonej teorji — i do gromadzenia się tłu-

szczu. Stany te cechuję się klinicznie skłonnością do nadmiernego tycia i nadmiernym, często nie nasyconym, apetytem.

E. Vogt (6) konstatuje bardzo dobre wyniki, otrzymane po stosowaniu insuliny w stanach ogólnego wyniszczenia. Według niego następuje wtedy jak gdyby hiperfunkcja trzustki, powstaje zwiększone nagromadzenie się w ustroju węglowodanów oraz tłuszczu.

Hipotezy powyższe stworzyły oparcie dla całego szeregu badań, których krańcowym punktem było stosowanie insuliny jako środka tuczącego (Falta, Bauer, Vogt, Tessly i inni). W wielu przypadkach otrzymano wyniki podobno wprost nadzwyczajne.

Zaznaczyć jednak należy, iż teza o wpływie insul ny na przemianę tłuszczową nie jest ogólnie przyjęta i ma swoich przeciwników.

Straus i M. Simon (7) np. są zdania, że insulina działa wyłącznie na metabolizm węglowodanowy, nie oddziaływując natomiast zupełnie na wątrobę, mięśnie, przemianę białkową i tłuszczową.

II. Drugim momentem, na którego podstawie możnaby teoretycznie uzasadnić stosowanie insuliny w gruźlicy płucnej, jest twierdzenie, że w gruźlicy mamy zwiększoną czynność gruczołu tarczowego (K. Olszewski (8) i wielu innych), a wobec tego, że insulina jest antagonistką hormonu gruczołu tarczowego, eo ipso insulina powinna wywierać wpływ dobroczynny na sprawy gruczołowe i na stany, związane z hipertyreozą (Richter) (9). Jednakże cała kwestja nie jest zupełnie tak prosta, gdyż znane są przypadki, w których insulina nie wywiera żadnego wpływu nawet na tak czystą hipertyreozę, jak choroba Basedowa.

Przechodząc do działu klinicznego zaznaczamy, że insulina, jako środek tuczący, ma swoich zwolenników, ma też i przeciwników, których liczba (szczególniej, jeżeli mowa o gruźlicy) wzrasta i stale wzrastać będzie. Zwolenników bezwzględnych stosowania insuliny w gruźlicy płucnej jest już obecnie nie wielu. Do nich należą Lepskaja i Rachlin (10), którzy stosowali insulinę w gruźlicy włóknistej, niepostępującej i którzy stwierdzają przybytek wagi 1 klgr. na tydzień. Przyrost wagi miał trwać czas dłuższy.

Bodmer (11) również opisuje bardzo dobre wyniki po stosowaniu insuliny w gruźlicy płucnej. Autor jednakże przestrzega, aby zbyt szybko nie zwiększano dawek insuliny ze względu na częste stany hipoglikemiczne.

Dumarest i B. Theodoresco (12) również nie są zbytnio zachwyceni działaniem insuliny jako środka tuczącego w gruźlicy płucnej.

Z polskich autorów Lucjan Dobrowolski (13) zaleca stosowanie insuliny w gruźlicy płucnej.

Autor miał 12 przypadków. Wyniki były dodatnie: wzrost łaknienia, powolny, acz stały przybytek wagi.

Według Dobrowolskiego kwalifikują się do leczenia insuliną: 1) nieczynne przypadki gruźlicy włóknistej, 2) początkowe nacieczenie szczytów bez znaczniejszego wzniesienia ciepłoty, lecz wobec upadku stanu ogólnego, 3) zmiany serowatowłókniste w niezbyt czynnej postaci (wobec tych stanów Dobrowolski radzi ostrożne stosowanie insuliny: 3 — 5 jednostek naraz, oraz przerwanie kuracji insulinowej w razie zaostrzeń ze strony płuc).

Wajs Waserman i Frank stwierdzają:

a) W większości przypadków spostrzegali pewien czasami nawet znaczny wzrost łaknienia,

b) raptownego wzrostu wagi nie stwierdzili, byli jedynie świadkami powolnego narastania wagi,

c) uważają, że z chorych gruźliczych do insulinoterapji nadają się przedewszystkiem chorzy na gruźlicę utajoną (maski według A. Sokołowskiego), chorzy z gruźlicą nieczynną włóknistą i z początkowemi zmianami szczytowemi z bardzo nieznacznemi wzniesieniami ciepłoty,

d) są przeciwnikami stosowania insuliny w przypadkach z rozległemi zmianami, choćby nawet przebiegać one miały bez wzniesienia ciepłoty ponad normę.

Autorzy cudzoziemscy stwierdzają często przybytek wagi do 3 kłgr. na tydzień.

Jednakże są stany, gdy działanie insuliny pozostaje zupełnie bez efektu. W razie więc, gdyby w przeciągu 2-ch tygodni poprawa wagi się nie zaznaczała, należy przerwać stosowanie insuliny.

Wspominani już kilkakrotnie Ahlenstiel i Piel z 26-ciu chorych z czynną gruźlicą zaledwie u 4-ech stwierdzili poprawę łaknienia, nieznaczny zaś przyrost wagi — w bardzo znikomym odsetku chorych. Autorzy ostrzegają, że możliwe są odczyny ogniskowe w płucach.

Arneth (15) stwierdza, że w niektórych przypadkach insulina nie wykazuje wyraźnie swego dodatniego działania, które autor obserwował dopiero po jednoczesnem podaniu choremu kilku kropel makowca. Według Arnetha w gruźlicy płuc podawanie jednoczesne makowca i insuliny daje stosunkowo najlepsze wyniki ze względu na wzmaganie się łaknienia i przyrost wagi.

Priesel i R. Wagner (16) żądają, by przed wprowadzeniem do handlu standartyzowano insulinę nie na doświadczalnych zwierzętach laboratoryjnych, lecz na chorych. Żądanie swe autorzy motywują tem, że stwierdzić można znaczne różnice nie tylko pomiędzy insulinami różnych fabryk, lecz nawet pomiędzy serjami jednej i tej samej fabryki. Różnicą działania różnych insulin możnaby poniekąd tłumaczyć różnicę wpływu na wzmaganie się łaknienia u chorych. Jednak wspomniane odczyny indywidualne stwierdzano u chorych po stosowaniu insuliny tej samej fabryki i tej samej serji.

Piśmiennictwo:

1. Falta, Depisch, Högler. W. A. f. inn. Med. t. VIII. 1924.
2. Frank. D. m. W. 6. 1927.
3. Ahlenstiel i Piel. Ther. d. Gegenw. 9. 1926.
4. Kon. Pedjatrja Polska. T. VII. z. 5.
5. Geyelin, Allen, Corwin, Murray, Harop. Cyt. w/g Stauba: Insulin.
6. E. Vogt. M. m. W. I. 1926.
7. Strauss, Simon. Die Insulinbehandl. bei Diab. mellit. Berlin. 1925.
8. Olszewski K. P. G. L. 43. 1927.
9. Richter. M. Kl. 39. 1925.

10. Lepskaja, Rachlin. D. m. W. 13. 1927.
11. Bodmer. Schweitz. m. W. 18. 1926.
12. Dumarest, B. Theodoresco. Revue de la Tuberc. 3 serja, t. VIII. 3. 27
13. Dobrowolski Lucjan. Lekarz Wojskowy. Czerwiec. 1927.
14. Wajs, Waserman, Frank. Medycyna. 6. 1928.
15. Arneth. Kl. W. 24. 1925.
16. Priesel i K. Wagner. Kl. W. 24. 1925.

Lotnictwo sanitarne na usługach medycyny.

Podał Dr. Med. Zygmunt Krzyczkowski.

W szybkim postępie rozwinięcia się nowoczesnej techniki lotniczej i szybkim rozwoju lotnictwa, tak wojskowego, jak i cywilnego, lotnictwo sanitarne nie pozostaje również w tyle. I aczkolwiek rozwój tego lotnictwa sanitarnego oczywiście nie może dorównać rozwojowi pokrewnych mu lotnictw wojskowego i cywilnego pasażerskiego, w pierwszym rzędzie ze względów czysto finansowych,—to jednak widzimy, że zrozumienie **idei** lotnictwa sanitarnego coraz to zatacza szersze i głębsze kręgi wśród społeczeństwa całego świata, a co za tem idzie i rozwój samego lotnictwa sanitarnego też postępuje naprzód.

Bo i rzeczywiście znane już są całe szeregi wypadków, gdy samolot sanitarny został użyty dla celów leczniczych w tym wypadku, gdy żadną inną drogą, jak i powietrzną, pomocy tej okazać nie było można. A więc znany jest wypadek, gdy w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, w miejscowości Nome, wybuchła epidemja dyfterytu i cała miejscowa ludność chorowała i była skazana na zagładę, gdyż z powodu zasp śnieżnych wszystkie drogi były nieczynne i nie można było okazać im żadnej pomocy lekarskiej. Wtedy zostały użyte samoloty sanitarne i w nich przeleciał cały, personel lekarski, pomocniczy sanitarny wraz z surowicą przeciwdyfterytyczną i ludność Nome została uratowana.

Znane są wypadki z walk francuskich w Marokko w r. 1921, kiedy do ciężko rannych latały całe ambulanse chirurgiczne z personelem chirurgicznym, by okazać pomoc chirurgiczną na miejscu walk, lub też przewożono drogą powietrzną ciężko rannych do szpitali, położonych zdala od frontu. Zużywano przytem na ten transport zaledwie kilka godzin, wtedy gdy ci ranni i chorzy transportowani na mułach poprzez bezbrzeżne piaski Marokka dostali by się do rąk chirurgów po kilku, a nawet kilkunastu dniach. Tym sposobem ewakuowano w latach 1921 — 1925 w Marokko 2250 rannych, zaś w Syrji 600 rannych.

Tych kilka przykładów najbardziej charakterystycznych tu podałem, by można było sobie uświadomić walory dodatnie, jakimi rozporządza w obecnym czasie lekarz, zmuszony do okazania choremu szybkiej pomocy. Bo przecież wiadomem jest, że czasami szybkość okazania pomocy lekarskiej fachowej może decydować o życiu człowieka, a często ochronić od ciężkiego kalectwa. Tyczy się to oczywiście

w pierszym rzędzie wsi, miasteczek, gdzie niema szpitali lub wykwalifikowanego specjalisty, gdzie niema dobrych dróg i często szybkich nowoczesnych sposobów lokomocji, choćby samochodów. A często i z tego środka lokomocji ze względu na stan chorego czy to rannego skorzystać nie można, tembardziej na naszych wschodnich kresach, gdzie niema dróg odpowiednich, a są natomiast bagniska i lasy.

I w tych właśnie wypadkach samolot sanitarny może odegrać ogromną rolę środka transportowego, bądź wioząc rannego czy chorego do szpitala większego miasta, bądź wioząc specjalistę chirurga czy akuszera w raz z całym personelem pomocnic. y.n i całą aparaturą do chorego.

Może niejeden na to się uśmiechnie i powie, że to są mrzonki, bo my przecicż nie mamy ani samolotów sanitarnych, ani lotnisk, a może niejeden i pomyśli, że on by nie poleciał ze względów bezpieczeństwa i ryzyka życia.

Tak może pomyśleć może jeszcze teraz, ale w niedalekiej przyszłości tych skrupułów nie będzie, gdyż bądźcobądź lotnictwo pasażerskie coraz bardziej się rozwija, coraz bardziej zyskuje prawo obywatelstwa, a bezpieczeństwo lotów pasażerskich nie jest zupełnie mniejsze od bezpieczeństwa jazdy koleją lub samochodem. Przeciwnie daleko więcej słyszy się i kroniki więcej notują wypadków z powodu rozbicia się samochodów lub katastrof kolejowych, niż z powodu katastrof lotniczych na linjach pasażerskich. O katastrofach lotniczych wojskowych tu nie mówię, gdyż one wywołane są z powodu zupełnie innych przyczyn. Podczas bądźcobądź kilkuletniego istnienia linji komunikacji powietrznych w Polsce nie mamy ani jednego notowanego wypadku z uszkodzeniem cielesnem, nawet cięższem, nie mówiąc już o wypadku śmiertelnym. Oczywiście sprawa rozwoju totnictwa sanitarnego w tym stopniu, by ono rzeczywiście mogło być uważane jako środek powszechny do transportu chorych do lekarzy lub lekarzy do chorych, jest sprawą jeszcze przyszłości, ale mam wrażenie, że bardzo niedalekiej. Tembardziej tak sądze, że wogóle rozwój lotnictwa sanitarnego jest kwestją niedalekiej przyszłości, jak u nas, tak i zagranicą, a jednak możemy się już poszczycić niezłymi postępami w tej dziedzinie.

Świadomość, że samolot sanitarny jest jedynym najwygodniejszym i najlepszym środkiem transportu chorych do szpitala, ugruntowała się nie tak dawno. Wpłynęło na to w dużej mierze zrozumienie oszczędzenie chorego w komunikacji lądowej, jak również szybkość transportu. I chociaż pierwsze początki stworzenia samolotu sanitarnego spotykamy już w r. 1773 przez Dr. med. Rozier'a, który konstruuje specjalny samolot do tego celu, chce przelecieć kanał La Manche, lecz niestety ginie pod jego szczątkami to jednak póżniej następuje dłuższa przerwa i dopiero w 1912 r. senator Dr. med. Reymond, a następnie po śmierci jego por. lek. rez. dr. Chassaing we Francji, chcąc stworzyć lotnictwo sanitarne, przerabiają samoloty bojowe i przystosowują ich do wymagań sanitarnych, lecz spotykają się z wielkim sprzeciwem i trudnościami ze strony Izby Deputowanych, Rządu, prasy i wielu kolegów. Jednak por. lek. rez. dr. Chassaing pracuje nad tem dziełem w dalszym ciągu niestrudzenie i nie bacząc na różne trudności, które zawsze i wszędzie spotykają się, gdy się chce

wprowadzić coś nowego i dać ulepszenia istniejącego stanu rzeczy, dopina tego, że w r. 1917 ma możność wyprowadzenia tego środka łokomocji i transportu podczas działań wojennych. Jednak konieczność posiadania wielkiej ilości płatowców bojowych nie pozwalała narazie rozwinąć się lotnictwu sanitarnemu. Właściwą datą rozpoczęcia transportu chorych i rannych zapomocą samolotu sanitarnego będzie rok 1921, okres walk francuskich w Marokko. Rząd francuski wysyła do Syrji i Marokko 60 płatowców sanitarnych, które w krótkim okresie czasu zyskują coraz większą popularność i zaufanie do siebie, przewożąc z pola walki do odległych szpitali z każdym miesiącem coraz to więcej rannych, którzy zgineliby bezprzecznie bez pomocy chirurga. Dopiero teraz przekonano się, że w wypadkach, gdzie niema kolei żelaznej, a nawet dróg, po których mógłby iść samochód, i w wypadkach gdzie na transport rannych tracono zaledwie kilka godzin zamiast potrzebnych kilku a nawet kilkunastu dni na transport chorego karawaną po bezbrzeżnych piaskach — samolot sanitarny jest jedyny.

W polsce akcję propagandy lotnictwa sanitarnego podejmuje w r. 1924 gen. bryg. lek. dr. med. Sławoj-Składkowski, ówczesny inspektor służby zdrowia przy Departamencie Sanitarnym, potem Szef Dep. Sanit. M. S. Wojsk., a obecnie Minister Spraw Wewnętrznych. On to w r. 1924 rozpoczął energiczną akcję propagandową lotnictwa sanitarnego. Jego artykuły o lotnictwie sanitarnem spotykamy w 1924 r. w miesięczniku „Lekarz Wojskowy" („Listy z Francji"), tygodniku „Świat" i prasie codziennej. On jako Szef Departamentu Sanitarnego M. S. Wojsk. wyjednywa w r. 1924 zezwolenie Ministerstwa Spraw Wojskowych na założenie „Komitetu utworzenia lotnictwa sanitarnego w Polsce". Komitet powyższy wyłania z siebie Komitet wykonawczy lotnictwa sanitarnego w Polsce. Powstają w poszczególnych D. O. K'anach komitety propagandy lotnictwa sanitarnego, które starają się zainteresować tem szersze koła społeczeństwa, rozpoczynają propagandę za zbieraniem funduszów potrzebnych na zakup pierwszych samolotów sanitarnych w Polsce.

Wkrótce do tego dzieła przyłącza się i wybitną odgrywa rolę „Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne" pod przewodnictwem prezesa swego Magistra Gessnera, zbierając składki u swych członków. Składki naogół napływają dość chętnie, wielu lekarzy i aptekarzy wojskowych opodatkowało się, ofiarowując co miesiąc pewną niewielką kwotę, a prym jednak w tem wiodą aptekarze cywilni.

W kwietniu 1925 r. wyjeżdża gen. bryg. lek. Dr. Składkowski do Paryża celem poczynienia zamówień na pierwsze samoloty sanitarne, mające być zaczątkiem lotnictwa sanitarnego w Polsce.

Tam zakupuje 3 samoloty sanitarne, 2 typu lżejszego „Henriot" i 1 typu cięższego „Breguet XIV T bis". Samoloty sanitarne „Henriot" przychodzą do Warszawy w 1925 r. i zostają oddane po lotach próbnych w dniu 15. 9. 1925 r. do użytku narazie tylko wojska, przewożąc w dniu 24/10. 1925 r. ciężko rannego szeregowca ze szpitala rejonowego w Dęblinie do szpitala okręgowego w Warszawie zapoczątkowując tem transport chorych i rannych drogą powietrzną w Polsce.

W kwietniu 1926 r. przybywa do Polski samolot sanitarny „Breguet", zakupiony całkowicie ze składek członków „Polsk. Powsz. Tow. Far-

maceutycznego" i noszący ten napis na samym kadłubie; z powodu wypadków majowych zostaje jednak oddany do użytku wojska dopiero w dn. 30/10. 1926 r. po uroczystem wręczeniu go przez prezesa Polsk. Powsz. Tow. Farmaceut. Magistra Gessnera Wojsku Polskiemu na ręce I. wiceministra Spraw Wojsk. gen. bryg. Konarzewskiego.

W użeczywistnieniu dalszego rozwoju lotnictwa sanitarnego przychodzi z wydajną pomocą Departament Lotnictwa M. S. Wojsk., który w 1927 r. czyni nowe zamówienia na nowe samoloty sanitarne „Henriot'y" w fabryce „Samolot" w Poznaniu. Z początkiem 1928 r. te polskie samoloty sanitarne „Henriot'y", zbudowane ściśle według wzoru już posiadanego, są gotowe i oddane w dalszym ciągu do użytku już nietylko wojska, ale i ludności cywilnej. Ponieważ tych samolotów sanitarnych jest już znaczniejsza liczba, więc wszystkie formacje lotnicze otrzymują po 1 samolocie sanitarnym „Henriot", a nawet już mamy ich obecnie trochę w zapasie.

Pozatem zawiązany w 1927 r. „Komitet fundacji lotniczej Im. 1-go Biskupa Polowego J. E. ks. Dra Galla" rozwija szeroką akcję składkową na samoloty sanitarne wśród społeczeństwa i duchowieństwa i na dziesięciolecie Sakry Biskupiej I Biskupa Polowego J. E. ks. Dra Galla t. j. w listopadzie 1928 r. ofiarowuje Mu, a On—Wojsku, jeszcze 2 samoloty sanitarne „Henriot", które noszą na kadłubach Jego imię.

Tym sposobem flotylla sanitarna powietrzna wzrasta, rozwija się, a dzieło zapoczątkowane przez gen. bryg. Dra Sławoj-Składkowskiego daje świetne rezultaty.

Brak jest nam tylko jeszcze samolotów sanitarnych większych, mogących pomieścić w kadłubie większą ilość osób, oraz mogących odbywaćdłuższą podróż i szybciej, ale mam niepłonną nadzieję, że wkrótce i takich samolotów sanitarnych nam nie zbraknie.

Dla zorjentowania się podam krótki opis tych dwóch typów samolotów sanitarnych używanych u nas i różnice między nimi.

Samolot sanitarny „Henriot" jest typem płatowca lekkiego, używanego obecnie w lotnictwie wojskowem tylko w celach szkolnych; posiada motor rotacyjny „Rhône" 80-konny, mogący zabrać ze sobą benzyny około 100 litrów; szybkość przelotu wynosi około 100 klm. na godzinę, posiada jedno miejsce z przodu dla pilota, z tyłu zaś zamkniętą kabinę długości 2 metry 10 cm., wysokości i szerokości po 75 cm.; w kabinie zamkniętej i zabezpieczonej dodatkowem zamknięciem przez rączkę, znajdującą się u pilota, może znajdować śię jeden ranny (chory) w pozycji leżącej, bądź siedzącej; w tym ostatnim wypadku otwiera się okienko w górnej części kadłuba płatowca, przez które wychodzi głowa siedzącego. W tylnej części kadłuba znajduje się skrytka na rzeczy podręczne rannego i na sanitarną torbę lotniczą. Obie boczne podłużne ściany są obite i wysłane ceratowemi miękkiemi poduszkami, przykrytemi płóciennemi zasłonami; wewnątrz kabiny znajdują się nosze zaopatrzone w poduszkę skórzaną pod głowę, klin, mogący służyć jako podparcie pod głowę lub jako punkt oporu do nóg, oraz kożuch futrzany, okrywający całkowicie wraz z głową transportowanego rannego w celu zabezpieczenia go od zimna.

Samolot sanitarny „Breguet XIV T bis" jest to płatowiec znacznie większy, cięższy, mniej obrotny od poprzednio opisanego „Henriot'a", lecz posiadający znacznie większą szybkość około 180 klm. na godzinę; posiada motor Renault o sile 320 koni, mogący zabrać 350 litrów benzyny. Posiada miejsce dla pilota z tyłu za kabiną dla rannych; kabina położona w przedniej części płatowca może pomieścić 2 rannych (chorych) w pozycji leżącej systemem piętrowym oraz posiada z boku ławeczkę dla jednego siedzącego rannego (chorego) wzgl. sanitarjusza, transportującego rannych; wejście do kabiny jest z prawej strony płatowca, zaś lewa boczna ściana otwiera się dla włożenia noszy; obadwa zamki są zabezpieczone rączką, która znajduje się u pilota. W kabinie jest tuba, zapomocą której można się porozumiewać z pilotem. Obie podłużne ściany kabiny są wysłane, podobnie jak ściany „Henriot'a" i zaopatrzone w ten sam sprzęt sanitarno-transportowy co i „Henriot".

Te dwa typy samolotów sanitarnych mają również różnice i to dość znaczne w warunkach lądowania i sterowania. Wtedy, gdy typ pierwszy „Henriot'y" zadawalniają się małemi lotniskami (np. 100 mtr. X 100 mtr.), to typ drugi „Breguet'y" wymagają znacznie większych lotnisk (400 mtr. X 400 mtr.) z dobrem podejściem t. zn. lotnisk nie otoczonych bezpośrednio drzewami, budynkami i t. p. Oczywiście wybór lotniska „Henriot.ów„ jest rzeczą znacznie łatwiejszą niż dla „Breguet'ów", tembardziej że na te lotniska mogą być użyte np. boiska. Chodzi głównie o to by miejsce do lądowania płatowca było równe, bez pagórków, kołków, drutów, rowków, bruzd; może być jednak porośnięte trawą, oczywiście niezbyt wysoką.

Pomimo jednak tych braków lotnisk po całym kraju i bardzo słabych jeszcze warunków, koniecznych do rozwinięcia się lotnictwa sanitarnego na szerszą skalę, jak idea popularności, bezpieczeństwa, zrozumienia jego walorów wśród szerszych mas społeczeństwa, to jednak mamy już w Polsce dość znaczną ilość przewiezionych rannych i chorych do szpitali, głównie oczywiście osób wojskowych, ale również i kilka osób cywilnych. A więc np. Warszawskie samoloty przewiozły do końca r. 1928 — 21 wypadków, Dęblińskie — 15 wypadków; a tam gdzie propaganda jest mniejsza tam i praca tych samolotów sanitarnych jest mniejsza, gdyż np. Kraków, Lwów, Poznań, Toruń, Lida i inne mają tylko po 2—3 przypadki przewiezienia chorych i rannych.

A mamy też i takie naprawdę bohaterskie lądowania, jak w dn. 20/XI. 28 gdy samolot sanitarny z Dęblina, pilotowany przez sierż-pil. K., wiozący ciężko chorą żonę wojskowego na zabieg operacyjny, podczas wielkiej nagle naleciałej mgły, nie mogąc lądować w Warszawie pomimo znaków świetlnych i rakiet, leci dalej i znajdując przebłysk tej mgły, ląduje na łasze wiślanej na środku Wisły w Młocinach. Pilot sam się przeprawia na brzeg łodzią, daje znać do portu lotniczego w Warszawie o wylądowaniu w Młocinach i, po przybyciu samochodu sanitarnego, chora zostaje przewieziona łodzią na brzeg i dostarczona do szpitala we wspaniałej kondycji i jeszcze o parę godzin wcześniej od swego męża, który jednocześnie wyjechał z Dęblina koleją. A trzeba dodać, że tego samego dnia było parę wypadków lotniczych wojskowych z powodu tej nieoczekiwanej mgły.

A jednak przytomność umysłu pilota i chłodna krew nie doprowadziły do katastrofy.

Wszyscy przewiezieni drogą powietrzną jednomyślnie wychwalają ten nowoczesny środek transportu i jednomyślnie stwierdzają, że żadnych dolegliwości podczas lotu nie odczuwają, zaś sam start t. j. odrywanie się od ziemi, jak również lądowanie t. j. opuszczanie się na ziemię są tak łagodne, że nie odczuwają najmniejszego wstrząsu.

A przytem jest tu jeszcze jedna wielka wygoda dla przewożonego, szczególniej dla rannego, że nie jest przekładany z noszy na nosze kilkakrotnie, lecz z temi samemi załadowanemi noszami dostaje się wprost do miejsca przeznaczenia.

Samoloty te sanitarne do początku 1927 r. służyły wyłącznie dla użytku wojska, jednak od początku 1927 r. P. Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wojskowych (Dep. Sanit. i Dep. Lotnictwa) wydaje okólnik Nr. 34 do wszystkich Panów Wojewodów i P. Komisarza Rządu m. st. Warszawy z powiadomieniem o oddaniu posiadanych wojskowych samolotów sanitarnych do użytku ludności cywilnej, oraz szczegółowemi wskazaniami o wywoływaniu tych samolotów: przez kogo, kiedy, jak i do jakich wypadków należy je wywoływać, jednocześnie polecając zakładanie lotnisk i stacji benzynowych w miasteczkach.

Ogólne zasady przy wywoływaniu i użytkowaniu samolotu sanitarnego dla osób cywilnych są prawie takie same jak i dla wojskowych z pewnemi nieznacznemi zmianami głównie natury finansowej, a mianowicie: np. wtedy, gdy przewóz osób wojskowych samolotem sanitarnym jest bezpłatny, ludność cywilna opłaca koszta biletu II klasy pociągu zwykłego za przestrzeń, którą samolot przeleciał; następnie np. miejsce w szpitalu osoba cywilna musi sobie zapewnić sama, musi zapewnić sobie przejazd z miejsca lądowania samolotu do szpitala, wtedy gdy osoby wojskowe o to już się nie troszczą.

Ogólne zasady wywoływania i użytkowania samolotu sanitarnego dla wszystkich są następujące: prawo do wezwania samolotu sanitarnego przysługuje **tylko** lekarzowi; bezpośrednio wezwać samolot wojskowy może tylko lekarz urzędowy, a więc każdy lekarz wojskowy, lekarz powiatowy i każdy lekarz urzędowy; lekarze cywilni mogą wezwać tylko za pośrednictwem miejscowych władz wojskowych lub cywilnych (P. K. U., Urząd Starościński, posterunek policji i t. p.).

Wezwanie kieruje się do najbliższej jednostki lotniczej, w posiadaniu której jest samolot sanitarny. Wezwanie uskutecznia się drogą telefoniczną lub telegraficzną, przyczem te fonogramy lub telegramy winne nosić umówiony znak „Lot. San." i w myśl okólnika Gener. Dyr. Poczt i Telegrafów Wydział IX Nr. 4321/IX z dn. 10. 10. 1925 r. mają pierwszeństwo przed wszystkiemi rozmowami lub depeszami nawet urzędowemi. W fonogramie lub depeszy należy dokładnie podać miejscowość, nazwisko chorego, rodzaj choroby i potwierdzić, że lotnisko jest wybrane i zabezpieczone. W oczekiwaniu przylotu samolotu sanitarnego należy to lotnisko, o ile nie jest ono znane lotnikowi, oznaczyć jakimś widocznym znakiem np. położyć kilka białych prześcieradeł na ziemi oraz rozpalić ognisko dające dużo dymu dla zorjentowania lotnika o kierunku wiatru, gdyż pilot musi zawsze lądować pod wiatr a nigdy z wiatrem. Chory na umówioną godzinę musi

już być dostarczony na lotnisko z takiem wyrachowaniem, by lotnik na niego nie musiał czekać, a to ze względu na niemożność zatrzymania motoru. Gdyby motor się zatrzymał lotnik może mieć dużo kłopotu z zapuszczeniem śmigła, do czego potrzebny jest personel pomocniczy obeznany z lotnictwem.

W przepisach odnośnych podane są również dla lekarza wskazówki, jakie przypadki mogą być transportowane drogą powietrzną i do jakich przypadków należy wzywać samolot sanitarny; a więc do transportu powietrznego nadają się: 1) rany czaszki, 2) drążące rany brzucha, 3) powikłane złamania, 4) ostry napad zapalenia ślepej kiszki, 5) skręt kiszek i przepukliny uwięźnięte, 6) krwotoki i zapalenia jamy brzusznej wymagające natychmiastowej operacji, 7) porody powikłane, wymagające cięcia cesarskiego lub innego zabiegu akuszeryjnego, 8) choroby przewodu moczowego wymagające bezwłocznego zabiegu chirurgicznego. W wypadkach katastrof kolejowych, lotniczych i t. p. samolot sanitarny może być również przez władze centralne sanitarne lub lotnicze wezwany.

Nie nadają się natomiast bezwzględnie do transportu drogą powietrzną: 1) chorzy w stanie agonji, 2) chorzy z krwotokami płucnymi, 3) wypadki nie rokujące poprawy po zabiegu operacyjnym i 4) chorzy na choroby zakaźne.

To są główne zasady organizacji lotnictwa sanitarnego w chwili obecnej w Polsce, oraz wytyczne o użytkowaniu i wywoływaniu samolotu sanitarnego.

Jedną z ważniejszych kwestji, wypływających z posiadania już bądźcobądź większej ilości samolotów sanitarnych, jest odpowiednie ich rozmieszczenie. By samoloty sanitarne mogły rzeczywiście pełnić swą służbę, by nie stały się tworem pokazowym i zabawką do oglądania przez różne wycieczki, należy je tak rozmieścić, by samolot mógł wszędzie dotrzeć; należy pokryć całą Polskę kręgami, w promieniu których samoloty te mogą latać swobodnie. Należy zdać sobie sprawę, że zasięg t. j. długość lotu każdego typu samolotu jest różny i uwarunkowany od wielu rzeczy, a między innemi od ilości posiadanej benzyny, szybkości i siły motoru. Trzeba wiedzieć, że aczkolwiek utarte jest wyrażenie w lotnictwie, że np. „Henriot" ma szybkość 100 klm. na godzinę, „Breguet" 150 klm. na godzinę, a „Spad" 200 klm. na godzinę — to jednakże liczby te są tylko orjentacyjne. Prawdziwa szybkość samolotów jest uwarunkowana w dużej mierze od warunków atmosferycznych, a głównie od tego, czy wiatr jest w kierunku lotu, czy też naprzeciw lub boczny i w jakim stopniu. Gdyż kierunek wiatru i stopień jego nasilenia tak może zmienić szybkość lotu, a zatem i czas potrzebny na przebycie tej drogi, że z pomyślnym wiatrem można lecieć 2 razy prędzej, dosłownie 2 razy, niż z wiatrem przeciwnym. Dlatego też przyjętem jest w lotnictwie, gdy się chce określić w samolocie ilość benzyny w stosunku do lotu, to nie określa się jej w stosunku do ilości kilometrów, tylko do ilości czasu. A więc np. że taki a taki samolot ma w swoich bakach benzyny nie na, powiedzmy, 200 klm., lecz na 2 godziny lotu.

A zatem przy rozmieszczeniu samolotu sanitarnego z myślą przewodnią pokrycia siecią tak całej Polski, by on mógł wszędzie dosięgnąć, należy wziąć w pierwszym rzędzie jego zdolność zasięgową

t. j. jaką przestrzeń on może przelecieć bez pobierania dodatkowo materjałów pędnych. Należy przytem tu zwrócić jeszcze uwagę na jedną stronę, a mianowicie, że samolot, lecący po chorego, w największej ilości przypadków, musi odbyć drogę tam i z powrotem nie mając możności tych materjałów pędnych otrzymać, a zatem zapas benzyny, otrzymany w miejscu odlotu, musi mu wystarczyć na całą drogę tam i z powrotem.

Biorąc więc pod uwagę: 1) złe warunki atmosferyczne, bo trzeba być zawsze przygotowanym na najgorsze, 2) zdolność zasięgową samolotu każdego typu z osobna, 3) konieczność znajdowania się ze zrozumiałych względów tych samolotów sanitarnych przy formacjach lotniczych — Polska została rozbita na cały szereg kręgów mniejszych o promieniu do 100 klm. i większych o promieniu do 150 klm. Centrami tych kół są miasta, w których są formacje lotnicze, a więc Warszawa, Lwów, Kraków, Poznań, Bydgoszcz, Toruń, Grudziądz, Dęblin, Lida i Puck. Terenem działania dla samolotu sanitarnego typu „Henriot” są koła mniejsze o promieniu do 100 klm., żaś terenem działania samolotu sanitarnego „Breguet” byłyby koła większe o promieniu do 150 klm. Przy tym sposobie rozmieszczenia tych dwuch typów samolotów sanitarnych mielibyśmy prawie całą Polskę pokrytą graficznie stykającemi się ze sobą kołami; powiadam, prawie całą Polskę, gdyż przy takiem rozmieszczeniu północy i północno-wschodni odcinek Polski nie byłyby jednak całkowicie pokryte. Gdyby jednak powstały lotniska np. w Brześciu n/Bugiem i w Wilnie, gdyby tam były rozmieszczone formacje lotnicze, wtedy całą Polskę mielibyśmy pokrytą tymi kołami. Ponieważ mamy obecnie we wszystkich formacjach lotniczych tylko samoloty sanitarne „Henriot’y”, a „Breguet’a” mamy tylko jednego w Warszawie, przeto narazie o pokryciu całej Polski lotnictwem sanitarnem nie możemy mówić. Biorąc jednak pod uwagę to, że przed 3 laty nie mieliśmy jeszcze ani jednego samolotu sanitarnego, a obecnie mamy ich już sporą ilość — mam niepłonną nadzieję, że w bardzo krótkim czasie nie będzie w Polsce zakątka, do którego by nie mógł natychmiast lecieć samolot sanitarny z miejsca swego przydziału do miejsca wypadku.

A jednak żeby módz latać wszędzie, nie trzeba zapominać o jeszcze jednym b. ważnym momencie. Niewystarczającem jest mieć odpowiednią ilość maszyn, bo chcąc lecieć i zabrać chorego czy rannego trzeba jeszcze ze sfer podniebnych opuścić się na ziemię, trzeba „siąść” na ziemi, a to jest rzeczą bodajże jedną z najtrudniejszych w lotnictwie, nie mając do tego odpowiednich lotnisk czy terenów. I największa ilość wypadków cięższych lub lżejszych z poważniejszemi lub mniej poważnemi uszkodzeniami samolotu bywa właśnie przy lądowaniu i to nawet na dobrych lotniskach. Dlatego też w Szkołach Lotniczych największą na to zwracają uwagę. A więc jeżeli tak trudno jest „siąść” na ziemi bez szwanku na dobrym terenie, to jakże ciężko musi być usiąść na terenie nieznanym, czasami niezupełnie równym, nie znając dokładnie kierunku wiatru i t. p.; gdyż często bruzda orna nieco większa lub nieznaczny pagórek z góry niedostrzegalny lub jakiś kołek wbity w ziemię, a czasem wiatr nieznany przy znacznej szybkości, z którą ląduje pilot — powodują kapotaż z mniejszem lub większem uszkodzeniem samolotu i osób w nim znajdujących się.

I dlatego też jedną z najważniejszych kwestji rozwinięcia się lotnictwa sanitarnego, następującą zaraz po kwestji posiadania samolotów, jest posiadanie po całej Polsce rozrzuconych lotnisk. Mogą to nie być formalne lotniska, które są używane tylko do lądowania samolotów, lecz muszą to być tereny równe, suche, odpowiednio duże, z dobrem podejściem, wolne od wszelkiego rodzaju płotów, płotków i kołków i stale ochraniane. Mogą to być pastwiska, łąki, boiska sportowe. Tereny takie muszą być znane lotnikom, muszą być wybrane i umieszczone na mapach, muszą być stałe i muszą znajdować się stale pod czyjąś opieką. Niestety, właśnie brak tych lotnisk utrudnia

ogromnie rozwój lotnictwa sanitarnego, gdyż piloci, wiedząc jak wojsku żal każdego rozbitego samolotu, a tembardziej samolotu sanitarnego, do posiadania którego doszło się tak znojną pracą i z drobnych składek społeczeństwa — boi się często latać, nie chcąc już nietyle siebie narażać, ile samolot. To ogromnie hamuje rozwój lotnictwa sanitarnego, to przyczynia się w wysokim stopniu hamująco na popularyzację idei transportu sanitarnego drogą powietrzną, szczególnie u ludności cywilnej.

Obecnie najpilniejszą rzeczą jest właśnie stworzenie takich małych lotnisk przy miastach, miasteczkach, gminach i t. p.

W zrozumieniu tej konieczności P. Minister Spraw Wewnętrznych gen. bryg. lek. Dr. Składkowski wydaje w. w. okólnik Nr. 34 z dn. 8/2. 1927 r. do wszystkich Panów Wojewodów i P. Komisarza Rządu m. st. Warszawy, w którym między innemi właśnie poleca tworzenie tych lotnisk przez jednostki samorządowe w porozumieniu z Wojewódzkim Komitetem L. O. P. P.

Jednak, jak mi jest dotychczas wiadomem, akcja ta wydała bardzo nikłe rezultaty i, lotnisk takich jest bardzo mało wybranych.

Tu jednak musi przyjść z pomocą społeczeństwo, tu muszą pomódz gminy, samorządy, miasta i miasteczka, bo to leży w ich interesie i interesie ogółu. I tu sądzę, że właśnie lekarze, mający zawsze mniejszy lub większy wpływ i autorytet w radach, samorządach, komitetach, towarzystwach i t. p., mogą odegrać dużą rolę popularyzacji tej idei i być propagatorami stworzenia tych koniecznych warunków dla rozwinięcia się lotnictwa sanitarnego.

A nie zapominajmy o tem, że, rozbudowując flotyllę powietrzną sanitarną w czasach pokojowych, tworzymy ją tem samem na wypadek starcia zbrojnego i gdy większą będzie popularyzacja tego w czasie pokoju, tem większa będzie pomoc w czasach wojennych.

Nowoczesna terapja homeopatyczna.

podał Dr. S. Walkowski

Bezpowrotnie już minął okres, w którym o homeopatji nie mówiło się wcale, lub mówiło się źle. Uprzedzenie polegało na niezrozumieniu, oraz na zbytniej przesadzie samych homeopatów, którzy naukę Hahnemanna bezkrytycznie stosowali do ostatnich niemal czasów, nie bacząc wcale, że w międzyczasie nauka poszła naprzód. Przeciwnicy homeopatji krytykowali zbyt drobne dawki zalecane przez homeopatów, trudny, czasami wprost niemożliwy wybór leków, zbytnie zwracanie uwagi na małoznaczące szczegóły chorobowe, nieuwzględnianie najnowszych badań i odkryć z dziedziny bakterjologji, zarzucali, krótko mówiąc homeopatom nieuctwo oraz odszczepieństwo.

I trzeba było długiego bardzo czasu, by usunąć uprzedzenia, trzeba było pracy i doświadczeń wielu uczonych, by homeopatja nowożytna zyskała w medycynie prawa obywatelskie.

Zasadniczymi prawidłami nauki Hahnemanna było:

1) Leki w dawkach dużych posiadają własności trujące (Przykład China, arszenik, naparstnica i inne),

2) Leki powinny bezwarunkowo wspomagać dążności naturalne organizmu, objawiające się przy chorobach. (Odchody przy biegunce nie powinny być zatrzymywane makowcem i t. p.).

3) Leki hamujące dążności samoobronne organizmu są bezwarunkowo dlań szkodliwe.

4) Lekarstwa powinny być badane na ludziach zdrowych,

5) Narządy i tkanki chore reagują inaczej na wszelkie podniety aniżeli zdrowe,

6) Środki powodujące w dużej ilości objawy chorobowe, są lekarstwami przeciw tym objawom, jeśli się je użyje w dawkach poniżej zerowego punktu ich szkodliwości (Similia similibus),

7) Bardzo ważnymi czynnikami w lecznictwie są odpowiednie warunki higjeniczne i dijetyczne,

8) Subtelne roztarcia lekarstw przyczyniają się do ich skuteczności,

9) Choroby poszczególnych narządów czy tkanek wpływają bezwarunkowo na stan zdrowotny całego organizmu,

10) Usposobienie t. zn. temperament chorego odgrywa w lecznictwie bardzo ważną rolę. (Przeczucie wrodzonej odporności?).

Jeśli przejdziemy poszczególne punkty zasad Hahnemanna, stwierdzić musimy ze zdziwieniem, o ile byliśmy w stosunku do homeopatji uprzedzeni, że nie stoją one zupełnie w rażącej sprzeczności z ogólnie przyjętymi dziś w medycynie zasadami, przeciwnie wiele z nich stanowi rzekomo zdobycze najnowszej wiedzy, wiele z nich znajduje się obecnie w okresie doświadczeń naukowych.

Zasadniczo jednak dla lekarza tembardziej zaś dla chorego nie odgrywa zupełnie żadnej roli wiadomość, czy leczy, względnie jest leczony według zasad homeopatycznych, czy też allopatycznych, lekarz chce wyleczyć, chory zaś odzyskać zdrowie. Wszelkie spory i walki „sztandarowe" nie mogą mieć miejsca tam, gdzie rozchodzi się o największy skarb człowieka, o zdrowie.

Z tego, jedynie racjonalnego punktu widzenia, wyszedł między innymi Prof. Dr. August Bier i użył homeopatycznych dawek Sulfur jod. do leczenia czyraczności, drobnych dawek jodu przy nieżytach i przeziębieniach, eteru przy leczeniu pooperacyjnego zapalenia płuc. Z tego też punktu widzenia stosują lekarze całego świata leki koloidalne, których działanie polega przecież na najsubtelniejszem sproszkowaniu leków metalicznych, wody mineralne, zawierające przecież homeopatyczne rozcieńczenia naturalnych soli mineralnych Opo — proteino — sero — i wakcynoterapja oparte są przecież również na ściśle homeopatycznych zasadach.

Sine ira et studio stwierdzić przytem musimy, że każda metoda ma swoje słabe strony i będzie je tak długo posiadała, jak długo jeszcze umysł ludzki nie dojdzie do stwierdzenia takich „codziennych" objawów i zagadnień, jak istota życia, istota i zadanie białka i t. p.

Opieranie się tedy uporczywe przy jednym sztandarze czy kierunku jest z punktu widzenia lekarskiego zupełnie nieracjonalnem. W lecznictwie winno się brać pod uwagę wszystko najlepsze z jednej, czy drugiej szkoły medycznej. Jak wykazuje literatura, homeopaci, i to najsłynniejsi z nich czerpią obficie ze źródeł doświadczalnych obozu przeciwnego i naodwrót. Dość, że wspomnę tylko Drów Jousset, najwybitniejszych homeopatów francuskich, którzy w przedmowie do swego „Memorial de Therapeutique Homeopathique" najwyraźniej oświadczają, że uznają wszystkie metody lecznicze, o ile nie zatruwają one swymi lekami organizmu i posiadają moc uleczenia. Dr. Walter Lucke, w swym „Podręczniku terapeutycznym chorób skórnych" łączy najściślej obie metody lecznicze i wyzyskując doświadczenie z bierowskiej kliniki, uwzględnia na równi ze środkami homeopatycznemi również leki allopatyczne, oddając w zależności od skuteczności przy danych przypadkach pierwszeństwo jednej lub drugiej metodzie.

Jak na podstawie przytoczonych wyżej doświadczeń stwierdzić możemy nie brak już dziś w literaturze i w życiu dowodów uznawania eklektycznego systemu leczenia. Literatura zagraniczna przepełniona jest artykułami zalegającemi kontrolę stosunku medycyny do homeopatji, t. zn. do jej najnowszego t. j. przyrodniczo-krytycznego kierunku. Wprawdzie przedwojenna polska literatura homeopatyczna

grzeczy wciąż jeszcze ultrahahnemannizmem, jednakże nowsze prace. że wspomnę chociażby prace z oddziału Prof. Koskowskiego U. J. K. we Lwowie oraz broszury D-ra S. Breyera z Krakowa, starają się wprowadzać do opinji powszechnej wiadomości o naukowym, nowoczesnym kierunku homeopatji.

Homeopatja nowożytna zyskuje dziś coraz szersze prawa obywatelstwa, a dowodem tego jest otwieranie specjalnych katedr uniwersyteckich dla homeopatji. Ostatnio zanotować możemy fakty takie: W Berlinie oraz we Frankfurcie nad Menem. Z ogólnie znanych w medycynie nazwisk, zwolennikami lub wykładowcami homeopatji są oprócz wyżej wspomianego już Nestora chirurgów niemieckich Prof. D-ra Biera, Prof. Dr. Schulz z Greifswaldu, Prof. Dr. Bastanier z Berlina, Prof. Dr. Buergi z Berna Szwajcarskiego, Prof. Dr. Schmidt z Pragi czskiej, Docent Dr. Aschascherer z Wiednia, Prof. Dr. Much z Hamburga, Prof. Dr. Kuelz z Lipska, Prof. Dr. Netolitzky z Czerniowiec i wielu innych.

Zasady naukowego kierunku homeopatji dadzą się streścić następująco:

1) Choroby są kompleksem uszkodzeń organizmu i winny być leczone kompleksami leków,
2) Leki w dawkach drobnych mają tą przewagę nad lekami w dawkach dużych, że:
   a) Nie są trujące,
   b) Nie nasuwają obawy kumulacji,
   c) Działają masą swej powierzchni,
   d) są dokładniej i łatwiej wchłaniane przez organizm i docierają łatwiej do chorych tkanek,

3) „Similia similibus" i „Contraria contrariis" powinny się ustoaunkować nie aut-aut, lecz et-et i to zawsze w zależności od przypadku chorobowego,

4) Ponieważ sztuka lekarska zależną jest od wiedzy medycznej, która posiada jeszcze wiele miejsc ciemnych, należy się w przypadkach niezupełnie jeszcze przez wiedzę określonych kierować zawsze objawami choroby

5) Objawom choroby należy bezwarunkowo poświęcać wiele uwagi, gdyż pominięcie nawet zdawałoby się najdrobniejszych z nich może wpłynąć ujemnie na leczenie, tembardziej, że w organiźmie żywym trudno odróżnić objawy skutków od objawów przyczyn.

6) Badanie leków na ludziach zdrowych oraz na osobnikach chorych winno być nadal przestrzegane, gdyż ani badania na zwierzętach, ani in vitro nie mogą być miarodajne i zupełnie dokładne, przy wypróbowaniu jednak leków powinno się posługiwać tylko środkami pojedyńczymi.

7) Większą uwagę należy zwrócić na „Reakcję dwufazową".

8) Zasada drobnych a raczej subtelnie roztartych dawek zwłaszcza metali i soli została już naukowo uzasadnioną (Tszermak, Neuberg, Virchow, Schulz, Buergi i Le Bon). Należy zatem dążyć jedynie do określenia dawki czynnej dla każdego środka.

9) Ponieważ życie nie znosi zasadniczo żadnych szematów, należy dążyć do usunięcia ich z medycyny.

Jeśli do wyżej wymienionych zasad dodamy jeszcze ostatni czysto naukowy wniosek Prof. Dra. Buergi'ego, że: „Lekarstwa tego samego rzędu t. nz. mające identyczne farmakologiczne działanie wykazują w kombinacjach (Kompleksy) jedynie sumaryczny skutek, podczas gdy lekarstwa posiadające nieco odbiegające od siebie działanie farmakologiczne wykazują wynik ostateczny spotęgowany", jeśli przyjmiemy pod uwagę najnowsze badania o jonach w wyniku których: „Jonizację atomów osiąga się nietylko przez sproszkowanie, lecz przedewszystkiem przez celowe połączenie odmiennie naładowanych atomów" — będziemy sobie mogli wytworzyć jasny i bezstronny pogląd na nowoczesną terapję homeopatyczną.

Zaznaczyć w końcu muszę, że według prób i doświadczeń Drów Schadego, Giesche'a i Kielholza (Muenchener Medizinische Wochenschrift Nr. 43/22 ogłoszonych w jednym z najpoważniejszych czasopism medycyny „szkolnej", kombinacje dawek homeopatycznych stanowią we współczesnej terapji najbardziej skuteczne ze wszystkich, dotychczas znanych, lekarstw.

Literatura:

Dr. Bartowski: Sprostowanie mylnych mniemań o medycycnie homeopatycznej Warszawa, 1870 r.

Dr. Bielski: Homeopatja dzisiejsza. Lwów 1871 r.

Dr. H. Cyrkler: Podręcznik do leczenia chorób środkami homeopatycznemi. Warszawa, 1903 r.

Dr. J. Drzewiecki: Terapja homeopatyczna. Warszawa, 1904 r.

Dr. S. Breyer: Czy homeopatja ma podstawy naukowe? Warszawa, 1927 r.

Dr. Marc i Dr. Henri Jousset: Memorial de Therapeutique Homeopathique.

Dr. W Luckie: Therapeutisches Taschenbuch der Hautkrankheiten. Berlin, 1927 r.

Dr. W. A. Dewey: Katechismus der homoeopathischen Therapie, wydane u Schwabego Lipsk, 1925 r.

Dr. K. Stauffer: Die homoeopathische Therapie wydane nakładem Dra. Madausa Berlin, 1927 r.

Dr. Krauss: Grundgesetze der Komplexhomoeopathie 1926 r.

Dr. Leeser: Grundlagen der Heilkunde 1927 r.

Dr. Schlegel: Forschritte der Homoeopathie 1928 r.

Prof. Dr. Buergi: Ueber Prinzipien der Pharmakotherapie nebst Stellungsnahme zur Homoeopathie, Medizinische Klinik Nr. 45/27.

Dr. Bastanier: Wykład inauguracyjny, Neue Homoeopathische Zeitung Nr. 1/29.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

Gross. L'opoterapia cardiacia. (Arch, die biolog. T. 4, z. 2, 1927).

Autor, opierając się na badaniach **Martineta,** stosował przy niedomodze mięśnia sercowego i wadach zastawkowych (pozatem i w innych chorobach serca) preparaty opoterapeutyczne, co miało dawać w wielu przypadkach dobre wyniki. Chodzi tu o płynny wyciąg serca wołu lub konia; wyciągi takie autor wprowadzał bądź per os, bądż per rectum, niestety **Gross** nie podaje w swej pracy dawkowania takich preparatów.

Lyon-Caen. Action de la bile et des sels biliaires sur l'excitabilité et la conductibilité cardiaques. (Cpt. rend. des séances d. l. soc. d. biol. T. 97, Nr. 21, 1927).

Autor dokonywał doswiadczeń na sercu żabiem in situ. 1% roztwory żółci i soli kwasów żółciowych wywoływały wzmożenie pobudliwości przewodnictwa serca; 4% roztwory zwiększały kurczliwość i pracę serca.

Kaufmann. Zur Verringerung der Gefahren der intravenösen Herztherapie. (Münch. med. Wochenschr. T. 73, Nr. 48, 1926).

Autor radzi podawać w chorobach serca dożylnie takie leki, jak strofantynę, cymarynę, atofanyl, ostrawkę i t. p., w postaci mieszanek z cardjazolem lub hexetonem. Z jednej strony działanie takiej mieszanki jest lepsze, z drugiej — unikamy ewentualnych przykrych sensacyj lub nawet niebezpieczeństwa dla chorego.

Weger. Action de la digitale et de la strophantine sur l'excitabilité du parasympathique de l'intestin. (Cpt. rend, des séances d. l. soc. de biologie. T. 96, Nr. 11, 1927).

Autor dokonywał badań na preparacie jelita cienkiego królika. Okazało się, że 0,1 cm^3 0,01% roztworu strofantyny posiada podobne działanie do 0,075 cm^3 0,1% roztworu pilokarpiny, jednakże wzmożenie skurczów jest tylko przejściowe. 0,025 cm^3 takiego rozczynu strofantyny nie wywołuje wzmożenia napięcia, ale wzmaga znacznie działanie pilokarpiny. Podobne działanie ma arekolina.

Mobitz. Die Ermittlung des Herzschlagvolumens des Menschen durch Einatmung von Äthyljodiddampf. III. Konstanz der Ergebnisse und Werte beim Gesunden, (Zeitschr. f. kreislaufforsch. T. 19, z. 14, 1927).

Autor zmodyfikował metodę **Hendersona — Haggarda** (jodetylową) dla określania objętości skurczowej serca, i stosował ją u 600 najrozmaitszych osobników. Metodę tę **Mobitz** uważa za najlepszą z dotychczas znanych. Liczby przy wielokrotnych badaniach tego samego osobnika zgadzały się. Poprawki nie przenoszą 20%, objętość skurczowa serca okazuje się bardziej stała od ilości powietrza oddechowego, od częstości oddychania i tętna. Stosunek objętości serca do wagi ciała jest mniej więcej stały. Objętość skurczowa serca w pozycji siedzącej jest mniejsza, niż w leżącej. U kobiet objętość ta w stosunku do wagi ciała jest mniejsza, niż u mężczyzn.

O przemieszczeniu serca w wieku niemowlęcem. J. Jahr i W. Hirsch (Ztschr. für Kinder heilkunde t. 45 str. 530, 1928).

Przemieszczenia serca u niemowląt posiadają wybitne znaczenia djagnostyczne. W początkowym okresie zapalenia płuc (płatowego) zachodzi przemieszczenie serca w kierunku płuca chorego, podczas, gdy przesunięcie się serca ku stronie zdrowej świadczy o powstaniu wysięku. Należy pamiętać, że rozpoznanie przemieszczenia serca u niemowląt powinno być oparte na bardzo starannych pomiarach.

Djagnostyka rentgenologiczna tętniaków tętnicy brzusznej. Odma brzuszna. M. Nemenow (Fortschritte a. d. Scb. der Röctgenstralen. Tom 37, str. 641 1928).

Na podstawie 5 spostrzeganych przypadków zaleca autor kombinowaną metodę rozpoznawania tętniaków aorty brzusznej przy pomocy promieni rentgena oraz odmy brzusznej, przyczem ze szczególnym naciskiem podkreśla wartość rozpoznawczą w powyższym cierpieniu kostnych zmian destrukcyjnych w kręgach lędźwiowych, zwłaszcza po lewej stronie kręgosłupa. Autor przypomina, że kręgi po stronie prawej mogą być nienaruszone, tak samo zresztą jak chrząstki przestrzeni miedzykręgowych, które są naogół bardziej wytrzymałe na ucisk ewentualnego tętniaka. Praca jest zaopatrzona w liczne serje nader urozmaiconych i udatnych zdjęć.

Sigismond Bloch.

Coramina w duszności napadowej.

(Un médicamant d'urgance de la dyspnée paroxystyque: la coramine).
La médecine, 1928. Nr. 9.

Podawanie morfiny bez jasnego rozpoznania jest rzeczą niebezpieczną, a wstrzykiwanie kamfory ma swoje wady (martwiny i t. d.). Daleko lepiej nadają się rozpuszczalne w wodzie i łatwo wchłanialne syntetyczne przetwory, zastępujące kamforę.

Autor nazywa coraminę wybornym lekiem pobudzającym serce niezależnie od etjologji w napadowej duszności i uważa, że lek ten należy do szeregu środków, używanych w nagłych wypadkach i stale znajdujących się w teczce podręcznej każdego lekarza praktyka. Autor opisuje 4 przypadki:

1. przyp. 70-letni chory. Stan zły, sinica, wywiad utrudniony. Po 3 ampułkach znaczna ulga, tętno regularne. Badanie wykazało ostre zapalenie oskrzeli, stwardnienie tętnic i rozedmę płuc. Dalsze leczenie strofantyną, naparstnicą, konwalją i coraminą.

2. przyp. Młodzieniec. Nagle powstało silne kłucie w boku. Zastsrzyk coraminy ułatwia oddech, usuwa niepokój sercowy. Dokładne badania wykazały obrzęk płucny w okresie początkowym. Wyleczenie.

3. przyp. 75-letni mężczyzna z zwiększonym ciśnieniem krwi, azotemja i obrzęk dolnych kończyn. Wskutek przeziębienia silna duszność podczas nocy. Zastrzyk coraminy w ciągu 20 minut usuwa objawy duszności.

4. przyp. Chory, od miesiąca leczony w domu z powodu nawału obsutronnego opłuc. Przybył do szpitala w stanie zatrważającym, wywiad zupełnie niemożliwy. Badanie wykazało obustronny wysięk opłucnowy. Tętno 160 cm.^{8} Stosowanie Coraminy poprawiają tętno do tego stopnia, że umożliwiły dokonanie punkcji, która z obu stron dała po 1 litrze. Następny zastrzyk coraminy usunął niebezpieczeństwo.

W dalszym ciągu swej publikacji autor zaleca coraminę w wstrząsie operacyjnym lub urazowym, w niedomodze serca ciężarnych lub przed porodem, w dekopensacji serca, a także w zestawieniu z naparstnicą. Szczególną uwagę zwraca on na energiczny wpływ coraminy na oddech.

W sprawie sztucznych wód mineralnych.

Internationale Minerallquellenzeitung Nr. 6
Czerwiec 1925 r.

Zdobycze techniki sprawiły, że obecnie wszelkie produkty naturalne są zastępowane wytworami sztucznemi. Dotyczy to również i wód mineralnych.

Rozważając pytanie o skuteczności działania wód mineralnych sztucznych autor przychodzi do wniosku, że wody mineralne sztuczne są bezwartościowe. Analiza chemiczna wód mineralnych wykryła jedynie części składowe i ich wzajemne ustosunkowanie, a postępy chemji fizykalnej w stosunku do wód mineralnych, choć wyjaśniły

bardzo wiele, to jednakże nie rozwiązały zagadnienia całkowicie. Badania fizjologiczne i doświadczenie terapeutyczne zdają się przemawiać na korzyść wód mineralnych naturalnych.

Autor przychodzi do wniosku, że wieloletnie doświadczenie jakie medycyna zdobyła w stosunku do źródeł leczniczych naturalnych niemoże być przenoszone na wody sztuczne.

W konkluzji autor wzywa do stosowania jedynie wód mineralnych naturalnych.

Cardiasol in Badepraxis

D. Ernst Müller Bad Münster.

Autor zaznacza że w praktyce kąpielowej chorzy rozmaicie reagują na kurację.

Częstemi są jak zaznacza autor osłabienia serca, występujące jako odczyn organizmu,. przy stosowaniu kąpieli. Autor przytacza dokładny opis dwuch przypadków leczonych kąpielami z powodu gośćca stawowego przewlekłego gdzie wystąpiło znaczne osłabienie czynności serca. To osłabienie serca autor z bardzo dobrym skutkiem zwolnił stosowaniem doustnem i podokostnem Cardiasolu.

Autor naogół miał bardzo licznych pacjentów z wadami serca i z osłabioną czynnością mięśnia sercowego, których leczył kąpielami a w celu uniknięcia komplikacji, przez cały czas leczenia stosował im doustnie w małych dawkach Cardiasol.

Na zasadzie nabytego doświadczenia autor przychodzi do wniosku, że Cardiasol jest niezbędnym i doskonałym środkiem leczniczym nadającym się do stosowania w praktyce kąpielowej.

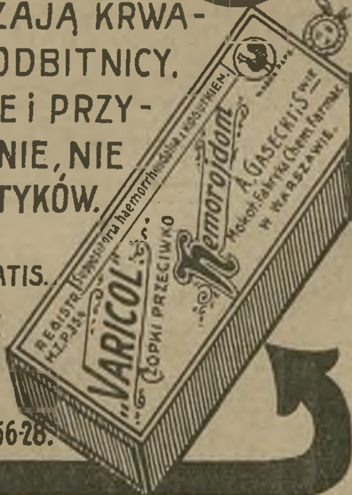
CZOPKI HEMOROIDALNE „VARICOL"

REG. M. Z. P. № 354 **z KOGUTKIEM** PUDEŁKO 12 SZT.



USUWAJĄ STAN ZAPALNY, BÓL, SWĘDZENIE i PIECZENIE. GOJĄ RANKI, SUSZĄ i DEZYNFEKUJĄ. ZMNIEJSZAJĄ KRWAWIENIE i GUZY W ODBITNICY. POWODUJĄ SZYBKIE i PRZYJEMNE WYPRÓŻNIENIE, NIE ZAWIERAJĄ NARKOTYKÓW.

PROSPEKTY i PRÓBKI GRATIS.



ADOLF GĄSECKI i S-WIE

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEM. FARMACEUT. W WARSZAWIE.

KANTOR UL. LESZNO 41, TEL. 56-28.

Fabryka pudełek aptecznych, galanteryjnych i maszynowych

S. OSTRYŃSKI

Warszawa, ul. Długa Nr. 50 (Pasaż Simonsa)

SKLEP Nr. 10. — TELEFON 171-86.

Poleca zawsze na składzie w wielkim wyborze:

różne torebki papierowe, kapsułki do proszków, kapsle do flaszek i globul, papier woskowy, pieczątki, **sygnatury,** numerki do odbioru lekarstw potrójne, różne etykiety, pudełka do odręcznej sprzedaży i do waty, łubiane i blaszane pudełka do maści, papier do filtrowania, książeczki kasowe, różne książki apteczne i t. p.

TREŚĆ:



REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 112-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 111-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia, Stefan Szulc i S-ka, Al. Jerozolimska 65, tel. 504-91.

Drukarnia, Stefan Szulc i S-ka, Al. Jerozolimska 65, tel. 504-91.